

Azienda Sanitaria Provinciale Messina
Al Distretto Veterinario di _____

e p.c. Al Sig. Sindaco del comune di _____

Macellazione ad uso familiare macello/domicilio

Il sottoscritto _____ nato
a _____ il _____ e
residente in _____ via _____
codice fiscale _____ allevatore/privato, tel. _____

CHIEDE

di poter macellare in data _____ presso l'impianto/a domicilio
_____ il capo della specie _____
Categoria _____ età _____ sesso _____
Marca auricolare _____ proveniente dall'allevamento codice
Aziendale _____ sito in _____
Via _____

Si impegna a trasportare tutte le carni e gli altri prodotti commestibili della macellazione presso la propria abitazione dove saranno utilizzate per il ristretto ed esclusivo ambito del proprio nucleo familiare.

Autorizza il trattamento dei dati personali per fini amministrativi.

_____, li _____

Firma

=====
Il responsabile, visti gli atti d'ufficio, **AUTORIZZA** la macellazione sopra richiesta

Programmata per il giorno _____

_____, li _____

Il Veterinario Ufficiale
