

Al Veterinario Ufficiale dell'Impianto di
macellazione dell'ASL CN1
SEDE.....

Allo Stabilimento di macellazione
Ragione sociale.....
SEDE.....

OGGETTO: Comunicazione macellazione per consumo domestico privato da effettuarsi presso un impianto di macellazione riconosciuto ai sensi del reg.CE 853/2004.

Ai fini della comunicazione in oggetto il sottoscritto _____

_____ residente in _____

via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ trasmette in allegato alla presente:

- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
- fotocopia del proprio documento d'identità
- modello 4 di accompagnamento degli animali da macellare
- passaporto (se previsto) degli animali da macellare

Cordiali saluti.

Addì, _____

In fede,

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 47 T.U. – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____
Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____ telefono _____
e-mail (facoltativa) _____

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il DPR 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.Lgs 196/2003

DICHIARA CHE

il giorno _____ c/o l'impianto di macellazione della Ditta (Ragione Sociale) _____ sito nel Comune di _____
_____ (preventivamente contattato per verificarne la
disponibilità) sarà/saranno portato/i n. _____ capo/i della specie BOVINA OVINA CAPRINA
EQUINA SUINA Razza _____
Sesso Femmina Maschio Categoria _____
Marca auricolare/Codice identificativo/Numero microchip _____
Peso stimato Kg _____ proveniente dall'allevamento _____
sito nel Comune di _____ codice aziendale _____

da destinare alla macellazione per consumo domestico privato.

Le carni ottenute dalla macellazione saranno depositate:

nel frigorifero presso il domicilio sopra indicato

nel frigorifero dei seguenti familiari:

nominativo _____	domicilio _____

Al riguardo il sottoscritto si impegna ad utilizzare tutte le carni ottenute dalla macellazione oggetto della presente dichiarazione (Kg presunti _____), nel rispetto ed esclusivo ambito del proprio nucleo familiare ad accettare, anche presso il proprio domicilio, i controlli rivolti a verificare eventuali abusi commerciali.

Dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità, di rispettare quanto stabilito dalla nota regionale per quanto attiene il numero di capi macellati (n. 2 capi bovini/anno/nucleo familiare; n. 4 capi suini/anno/nucleo familiare; n. 6 capi ovi-caprini/anno/nucleo familiare).

Luogo e data _____ Firma _____

N.B. La presente dichiarazione deve accompagnare gli animali all'impianto di macellazione unitamente ad una copia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, al Modello 4 e all'eventuale passaporto dell'animale nel caso in cui ne sia dotato.

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28/12/2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a **copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore**. È ammessa la presentazione anche per via telematica o a mezzo posta.

INFORMATIVA SULLA PRIVACY (D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 e dell'art. 13 del Reg. UE n. 2016/679)

Finalità del trattamento. I dati personali saranno utilizzati dagli uffici nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Modalità del trattamento. I dati saranno trattati dagli incaricati sia con strumenti cartacei sia con strumenti informatici a disposizione degli uffici.

Ambito di comunicazione. I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti della Legge 7 agosto 1990, n. 241 ("Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi") ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa").

Diritti. L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, di rettifica, di aggiornamento e di integrazione dei dati come previsto dall'art. 7 del D.lgs 196/2003. Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte all'ASL.

Titolare del trattamento: ASL competente per territorio

Io sottoscritto/a dichiaro di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Luogo e data _____ Firma _____