

Alla Regione Basilicata
Dipartimento Politiche della Persona
Ufficio Prevenzione Sanità Umana,
Veterinaria e Sicurezza Alimentare
Via V. Verrastro, n. 9

POTENZA

Per il tramite della ASL
Dip.to di Prevenzione SBA
Area B

Il sottoscritto nato a il
(CF) e residente a in via
..... n. nel Comune di..... Prov... tel
..... mail
in qualità di titolare della “CASA DI CACCIA” per cinghiali
(Sede legale in via n. nel Comune
..... P.IVA)

COMUNICA

che la stessa è ubicata nel Comune di Prov Via
.....n....., coordinate geografiche

SVOLGE

la seguente attività:

<input type="checkbox"/> Punto di raccolta	Grande selvaggina cacciata
<input type="checkbox"/> Punto di sezionamento con successiva distribuzione delle carni al personale della squadra di caccia	<input type="checkbox"/> Cinghiali

A tal fine allega alla presente

- Planimetria della struttura in scala 1:100, dalla quale risulti evidente la disposizione degli spazi, delle attrezzature, della rete idrica e degli scarichi, eventuale Cella Frigo con indicazione capacità, datata e firmata;
- Relazione tecnico-descrittiva del ciclo di lavorazione con indicazioni relative all’approvvigionamento idrico, allo smaltimento dei rifiuti solidi e liquidi, datata e firmata.

Luogo e Data

FIRMA

.....

Dichiarazione di provenienza delle carcasse o delle carni di selvaggina

Data..... Dichiarazione n.

Il sottoscritto CF
 residente nel Comune di..... Provincia
 via n.

dichiara

che le carcasse mezzene quarti terzi di mezzena di seguito elencate provengono da animale/i:
 specie categoria n° fascetta (se dovuto)
 abbattuto/i in data..... Alle ore
 In comune dilocalità.....
 Eventuale passaggio al centro di raccoltasito in dal al.....

specie categoria n° fascetta (se dovuto)
 abbattuto/i in data..... Alle ore
 In comune dilocalità.....
 Eventuale passaggio al centro di raccoltasito in dal al.....

specie categoria n° fascetta (se dovuto)
 abbattuto/i in data..... Alle ore
 In comune dilocalità.....
 Eventuale passaggio al centro di raccoltasito in dal al.....

**Le carni di cinghiale sono state sottoposte all'esame per la ricerca delle trichinelle in data con
 esito favorevole come da rapporto di prova n. del del laboratorio**

Il/i suddetto/i capo/i o carni (cancellare la dizione non pertinente) vengono ceduti a:
 Ragione Sociale o generalità
 Comune Via
 in data

Firma del dichiarante

Modulo da compilare in triplice copia: una per il cacciatore, una per ogni destinatario della carcassa/delle carni. Una terza copia deve essere inviata, in forma cartacea o per via informatica, al Servizio Igiene Alimenti di origine Animale dell'ASL competente sul territorio del dettagliante che riceve la carcassa/carni.

Dichiarazione di provenienza delle carcasse e degli eventuali visceri destinate a un CRS e/o CLS

Data..... Dichiarazione n.

Il sottoscritto
 residente in Comune Provincia
 via n.

dichiara

che le carcasse e i relativi visceri di seguito elencate appartengono a animale/i:

speciecategorian° fascetta (se dovuto)
 abbattuto/i in data.....Alle ore
 In comune dilocalità.....
 Eventuale passaggio al centro di raccoltasito in dal al.....

speciecategorian° fascetta (se dovuto)
 abbattuto/i in data.....Alle ore
 In comune dilocalità.....
 Eventuale passaggio al centro di raccoltasito in dal al.....

speciecategorian° fascetta (se dovuto)
 abbattuto/i in data.....Alle ore
 In comune dilocalità.....

abbattuto/i in data..... alle ore
 in comune di località.....
 Eviscerato alle ore
 Eventuale passaggio al centro di raccoltasito in dal al.....
 elenco delle carcasse suddivise per specie e categoria

Il/i capo/i abbattuto/i sono avviato/i al Centro di lavorazione della selvaggina

Ragione Sociale
 ComuneVia

Firma del cacciatore

Parte da compilare a cura della “Persona formata”

Il sottoscritto..... “persona formata”
 con attestato rilasciato da.....
 dichiara:
 che prima dell’abbattimento l’animale:

- NON MOSTRAVA anomalie o modificazioni comportamentali
- MOSTRAVA le seguenti anomalie o modificazioni comportamentali:

- che durante l’esame dei visceri NON HA riscontrato anomalie o modificazioni patologiche.
- che durante l’esame dei visceri HA riscontrato le seguenti anomalie o modificazioni patologiche:

Alla luce di quanto sopra, il capo abbattuto viene avviato

con

senza

visceri al Centro di lavorazione della selvaggina denominato:

.....

Data, _____

Firma della persona formata

Da compilare in duplice copia: una per il cacciatore e una per il CRS e/o CLS destinatario della carcassa.