

MODELLO 1

Alla ASL Benevento  
Servizio Veterinario IAOA

Oggetto: Macellazione domiciliare

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, codice aziendale \_\_\_\_\_

comunica che in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ intende macellare presso il proprio domicilio sito nel comune di \_\_\_\_\_

alla via/c.da \_\_\_\_\_, n.c. \_\_\_\_\_, N. \_\_\_\_\_ suini.

- Richiede la visita veterinaria
- Non richiede la visita veterinaria

Nominativo dell'addetto alle operazioni di macellazione/ persona formata

\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

data