

AL SERVIZIO VETRINARIO
AUSL PESCARA
Fax: 085/4254976

RICHIESTA NULLA OSTA PER MACELLAZIONE AD USO FAMILIARE
(da inoltrare almeno tre giorni prima della macellazione)

Il/La sottoscritto/a.....
residente nel Comune di Via/P.zza.....
CF Tel titolare allevamento sito in
.....Codice azienda.....

CHIEDE

Il NULLA OSTA per la macellazione ad uso familiare:

di n° capo della specie Razza
Categoria peso stimato M.A.
presso il suo allevamento C.A. sito nel Comune
o presso il macello sito nel Comune
in data

E dichiara che le carni ottenute dalla macellazione saranno depositate:

- Nel frigorifero presso il proprio domicilio
- Nel frigorifero dei seguenti familiari:
 - nominativo.....domicilio.....
 - nominativo.....domicilio.....
 - nominativo.....domicilio.....

al riguardo, il sottoscritto si impegna ad utilizzare tutte le carni ottenute dalla macellazione oggetto della presente richiesta al ristretto ed esclusivo ambito del proprio nucleo familiare.

.....il..... Firma leggibile.....

Per accertarsi dell'esito della richiesta telefonare agli Uffici Veterinari di:

Pescara 085/4251975

Scafa 0859898853/6

Penne 085/8276505/8276517