Modello 4- CESSIONE AUTOCONSUMO- CAPI ABBATTUTI NEI PIANI DI CONTROLLO

Capi abbattuti nell'ambito dei Piani di controllo, utilizzati per rifondere i danni provocati o per rimborsare i costi sostenuti per l'intervento - ceduti per l'autoconsumo -

DATI Ente/Istituto	
Ente/Istituto delegato alla cessione del capo abbattuto:	
Dataestremi atto autorizzazione n°	
Dispone la cessione delle acarcasse/carni, di seguito elencate provengono da anim - specie	
in data località	
Dati Operatore che ha effettuato l'abbattimento	
NomeCognometel	
Riferisce eventuali comportamenti anomali prima dell'abbattimento della selvaggin Formata"*:	
*[da compilare nel caso in cui l'Operatore sia diverso dalla "Persona Formata"]	
Firma data	

Sezione-Destinatario capo

1'Ente

che

gestisce

gli

Le carni di cinghiale sono sottoposte all'esame per la ricerca delle trichinelle secondo le modalità previste dal Regolamento (UE) 1375/2015.

In attesa della risposta dell'esame per ricerca di Trichinella spp. da parte del laboratorio di analisi è necessario rispettare le seguenti prescrizioni:

- non consumare la carne di cinghiale cruda o poco cotta;
- la temperatura interna che deve essere raggiunta dalle carni con la cottura deve essere almeno di 71°C (completa cottura al cuore del prodotto);
- non sono da considerarsi sicuri per la preparazione delle carni i seguenti metodi:
 - 1_cottura mediante forno a microonde;
 - 2_processi di affumicatura, salatura ed essiccamento;

-le carni di cinghiale destinate al precedentemente sottoposte all'es		le e salumi stagionati devono essere state la spp.
Il/i suddetto/i □ capo/i o le □ carn	ni vengono ceduti a:	
Nome	Cognome	CF
residente nel Comune di	Provincia	
via	nTe	1
In data		
	Firma del destinatar	io
Parte da compilare a cura della "P	ersona formata"	
II sottoscritto	"persona	a formata" CF
con attestato rilasciato da		
dichiara:		
che prima dell'abbattimento l'anir	nale:	
□ NON MOSTRAVA anomalie o	modificazioni comportame	ntali
☐ MOSTRAVA le seguenti anom	-	
☐ che durante l'esame dei visceri	NON HA riscontrato anoma	ılie o modificazioni patologiche.
	_	nomalie o modificazioni patologiche:
Data,		
		Firma della persona formata
Modulo da compilare in duplice c	opia: una per ogni destinata	rio della carcassa/delle carni e uno per