

AL SERVIZIO VETERINARIO AREA B ASL ROMA 4 DISTRETTO F _____

RICHIESTA DI MACELLAZIONE A DOMICILIO DI SUINI PER AUTOCONSUMO

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ in via _____

codice fiscale/Partita IVA _____ tel. _____

presa visione dell'Ordinanza del Sindaco n° _____ del _____

C H I E D E

di macellare il giorno ____ / ____ / ____ alle ore _____ presso _____ il proprio domicilio
la propria azienda sito/a in

_____ n° ____ suino/i per l'esclusivo

autoconsumo nel rispetto delle norme vigenti.

Si allegano:

bollettino postale di € 8,00 intestato a IZS Lazio e Toscana;

ricevuta pagamento c/o CUP di € 20,00 per ogni suino macellato.

Con osservanza,

_____, li ____ / ____ / ____ _____
(Luogo e data) (firma)

