AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

SERVIZIO VETERINARIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE

Direttore Dr. Fabrizio Lodi

MODELLO 2 – NOTIFICA MACELLAZIONE A DOMICILIO PER IL CONSUMO FAMILIARE
(limitatamente alla campagna di macellazione dei suini)

Al Servizio Veterinario di Igiene degli Alimenti di O. A. e loro derivati
A.S.L. di Pescara

Il sottoscritto (Cognome) _____ (Nome) _____

nato a _____ prov. _____ in data _____/_____/_____

Codice Fiscale _____

domiciliato nel Comune di _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____ Recapito telefonico _____

NOTIFICA LA MACELLAZIONE in data _____/_____/_____ alle ore _____ presso il seguente

indirizzo _____ nel Comune di _____ prov. _____

N°	SPECIE	CATEGORIA	ETÀ	SESSO	PV/KG	MARCA

(selezionare di seguito l'opzione corretta):

❑ provenienti dal proprio allevamento c/o l'Azienda (Cod. aziendale) IT_____ sita nel Comune di _____ prov. _____ indirizzo _____.

❑ provenienti dall'Azienda (Cod. aziendale) IT_____ sita nel Comune di _____ prov. _____ indirizzo _____.

SI IMPEGNA A

a) utilizzare le relative carni per il ristretto ed esclusivo ambito del proprio nucleo familiare;
b) effettuare le operazioni di macellazione in aree idonee a tale scopo;
c) non arrecare disturbo o turbamento alle persone che abitano vicino nel corso delle operazioni di macellazione;
d) utilizzare solo acqua pulita;
e) macellare animali in buono stato di salute e qualora vi siano segni di sospetta malattia sugli animali non effettuare lo macellazione e richiedere la visita veterinaria;
f) procedere allo stordimento dell'animale con pistola a proiettile captivo, o con strumenti idonei di elettronarcosi prima del dissanguamento, nel rispetto delle norme sul benessere animale;
g) procedere al completo dissanguamento;
h) rendere disponibili per la visita veterinaria, nella località indicata dal Servizio Veterinario di Igiene degli Alimenti di Origine Animale, i seguenti visceri: lingua, tonsille, esofago, trachea, cuore, polmone, diaframma, milza e fegato completi e connessi anatomicamente;
i) non spandere liquami o contaminare fossi e corsi di acqua;

AUTODICHIARAZIONE:
Il sottoscritto, consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 28 Dicembre 2000, n. 455 per le ipotesi di falsità in atti e/o dichiarazioni mendaci sui dati e le dichiarazioni rese in modo non veritiero DICHIARA che con questa notifica non sono superati i limiti di macellazione di N° 4 suini previsti dalla normativa in vigore.

Data _____ Firma _____

L'ispezione è stata eseguita in data _____/_____/_____

Il Veterinario Ispettore

_____

INFORMATIVA SPECIFICA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER LE ATTIVITA' DI "Medicina Veterinaria", ai sensi dell'Art. 13 Regolamento (UE) 679/2016

Gentile utente,
al fine di fornirLe tutte le informazioni di cui all articolo 13, le comunicazioni di cui agli articoli da 15 a 22 e all'articolo 34 del Regolamento UE 679/2016 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – di seguito Regolamento) di cui potrà prendere visione al sito del Garante per la Protezione dei Dati Personali http://www.garanteprivacy.it/regolamentoue, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento, La informiamo che i dati personali e quelli appartenenti a categorie particolari (art. 9 del Regolamento) che La riguardano e da Lei forniti, o acquisiti attraverso certificazioni mediche nel corso di accertamenti o visite o da altre fonti, saranno trattati nel rispetto del Regolamento e degli obblighi di riservatezza a cui è tenuta la ASL di Pescara.

Segue ➡

Copia informatica - COMUNE DI NOCCIANO - arrivo - Prot. 5069/PROT del 09/11/2026 - titolo X - classe 01

Copia informatica - COMUNE DI NOCCIANO - arrivo - Prot. 5069/PROT del 09/11/2026 - titolo X - classe 01

1. ESTREMI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI E SUOI DATI DI CONTATTO
Il Titolare del trattamento dei dati personali è la ASL di Pescara.
I dati di contatto del Titolare sono: ASL di Pescara, Via R. Paolini, 47 a Pescara, email: segreteria_dg@ausl.pe.it, PEC: aslpescara@postecert.it

2. DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI
Dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati: ASL di Pescara, Via R. Paolini, 47 a Pescara - email: dpo@ausl.pe.it, PEC: dpo.aslpe@pec.it

3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO.
I trattamenti di dati effettuati dalla ASL di Pescara nell'esercizio delle sue funzioni istituzionali, nell'ambito delle attività svolte all'interno del Servizio sanità animale; Servizio igiene degli alimenti di origine animale; Servizio igiene degli allevamenti e delle produzioni animali; comprensivi delle attività amministrative ad essi correlate sono relative alle seguenti finalità:
1. Attività certificatorie; 2. Autorizzazioni, attestazioni, certificazioni, pareri su sanità animale agli utenti; 3. Fatturazione; 4. Quant'altro sia previsto dalle normative vigenti inerenti la professione medico veterinaria.

4. BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO.
Il trattamento necessario per i seguenti motivi richiede la sola somministrazione delle Informazioni all'interessato: il trattamento è necessario per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso (art. 6.1.b del GDPR).

5. AMBITO DI COMUNICAZIONE DEI DATI (DESTINATARI)
I Suoi dati saranno trattati nei modi previsti dalla legge e nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio. I suoi dati personali all'interno dell'ASL sono trattati esclusivamente da personale specificatamente nominato quale "soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali, con delega o meno a compiere adempimenti specificatamente indicati dal Titolare del trattamento". I Suoi dati potranno essere comunicati, solo se necessario, ai seguenti soggetti: - Regione/Agenzia regionale di sanità, altra Azienda Sanitaria, Autorità Sanitaria (Sindaco); - alla compagnia assicurativa dell'Azienda per la tutela della stessa e dei suoi operatori, per l'ipotesi di responsabilità; - Poste Italiane; - ad altri soggetti pubblici o privati (che svolgono attività istituzionale per conto della Azienda); - all'Autorità Giudiziaria e/o di Pubblica Sicurezza, nei casi espressamente previsti dalla legge.

6. DIRITTI DELL'INTERESSATO
Ella può esercitare i seguenti diritti sui Suoi dati personali, nella misura in cui è consentito dal Regolamento:
Accesso; Rettifica; Cancellazione (oblio): non esercitabile per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica; Limitazione del trattamento; Portabilità: non esercitabile nell'esercizio di compiti di interesse pubblico quale quello sanitario; Opposizione al trattamento.
Per l'esercizio dei diritti di cui sopra Ella può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati contattabile ai riferimenti sopra riportati.

7. DIRITTO DI PROPORRE RECLAMO ALL'AUTORITÀ DI CONTROLLO
Ella, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento, ha il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

8. PERIODO DI CONSERVAZIONE O CRITERI PER DETERMINARE TALE PERIODO.
Conservazione 10 anni: Rilascio attestati per macellazione ad uso familiare.

9. MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
Il trattamento dei dati avviene mediante l'utilizzo di strumenti automatizzati e non, i suoi dati personali sono, altresì, trattati dal personale sanitario e amministrativo dell'Azienda, nominato "soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali, con delega o senza delega a compiere adempimenti specificatamente indicati dal Titolare del trattamento", nel rispetto del principio di minimizzazione dei dati, nei limiti dello scopo per cui sono stati raccolti. Tutti i Suoi dati personali verranno trattati nel rispetto dei Principi applicabili al trattamento di dati personali secondo quanto previsto dall'art. 5 del Regolamento.

10. NATURA OBBLIGATORIA O FACOLTATIVA DEL CONFERIMENTO DEI DATI
Il conferimento dei dati è indispensabile per poter erogare le prestazioni richieste e, pertanto, il mancato conferimento rende impossibile erogare le suddette prestazioni, salvo quelle che rivestano carattere di urgenza e/o siano disposte per legge.

Ella può prendere visione del Modello di Informativa integrale collegandosi al link: https://www.ausl.pe.it/Sezione.jsp?idSezione=338

Data _____ Firma per presa visione _____