



**AII' ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE**  
**SEZIONE DI BERGAMO**  
**Via P. Rovelli, 123 - BG**

**Data .....**

**Si richiede esame trichinoscopico su porzioni di diaframma, provenienti da suini o cinghiali macellati a domicilio da persona formata** ai sensi del D.d.g. 23 ottobre 2012 – n. 9405  
“Indicazioni regionali in materia di “Macellazione a domicilio”,

| N° assegnato<br>da ASL | CATEGORIA                       |   |                                    |
|------------------------|---------------------------------|---|------------------------------------|
|                        | <input type="checkbox"/> GRASSO | <input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO | <input type="checkbox"/> CINGHIALE |
|                        | <input type="checkbox"/> GRASSO | <input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO | <input type="checkbox"/> CINGHIALE |
|                        | <input type="checkbox"/> GRASSO | <input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO | <input type="checkbox"/> CINGHIALE |
|                        | <input type="checkbox"/> GRASSO | <input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO | <input type="checkbox"/> CINGHIALE |
|                        | <input type="checkbox"/> GRASSO | <input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO | <input type="checkbox"/> CINGHIALE |
|                        | <input type="checkbox"/> GRASSO | <input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO | <input type="checkbox"/> CINGHIALE |
|                        | <input type="checkbox"/> GRASSO | <input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO | <input type="checkbox"/> CINGHIALE |
|                        | <input type="checkbox"/> GRASSO | <input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO | <input type="checkbox"/> CINGHIALE |
|                        | <input type="checkbox"/> GRASSO | <input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO | <input type="checkbox"/> CINGHIALE |
|                        | <input type="checkbox"/> GRASSO | <input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO | <input type="checkbox"/> CINGHIALE |
|                        | <input type="checkbox"/> GRASSO | <input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO | <input type="checkbox"/> CINGHIALE |
|                        | <input type="checkbox"/> GRASSO | <input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO | <input type="checkbox"/> CINGHIALE |

**ATTENZIONE : INDICARE SU OGNI SACCHETTO IL NUMERO ASSEGNATO DALL'ASL.**

**DICHIARAZIONE DEL PROPRIETARIO**

**COGNOME .....** **NOME .....**

**RESIDENTE COMUNE DI .....** **VIA .....** **N° .....**