

Certificato per la vendita di selvaggina cacciata quale derrata alimentare

(Art. 20 dell'Ordinanza Federale concernente la macellazione e il controllo delle carni)

I Indicazioni generali (compilato dal cacciatore)	Specie animale Capriolo Cervo Cinghiale Camoscio Altro:
Dati del cacciatore:	Nr. di identificazione
Cognome, nome	
Indirizzo	Data e ora dell'abbattimento
NPA, Domicilio	Luogo dell'abbattimento
Nr. di telefono	
TH. di telefono	
2 Verbale di abbattimento (compilato dal cacciatore) Il sottoscritto dichiara che a. prima dell'abbattimento non sono stati rilevati comporta b. non sussiste alcun sospetto di contaminazione ambienta c. la caccia si è svolta senza comportare pericoli rilevanti pi Luogo Data	le; e
3 Certificato riguardante il controllo (compilato	dalla persona esperta)
Dati della persona esperta (se non coincide con il cacciatore)	Coincide con il cacciatore
Cognome, nome	
Indirizzo	
Indirizzo Nr. di telefono Il sottoscritto dichiara che: A la carcassa e i visceri non presentano caratteristiche includa salute umana;	icanti che la carne può presentare un rischio per
Indirizzo Nr. di telefono Il sottoscritto dichiara che: A la carcassa e i visceri non presentano caratteristiche inc	ue essere sottoposta al controllo ufficiale delle
Indirizzo Nr. di telefono Il sottoscritto dichiara che: A la carcassa e i visceri non presentano caratteristiche inclus salute umana; oppure B la carcassa presenta le seguenti alterazioni e deve duno	ue essere sottoposta al controllo ufficiale delle
Indirizzo Nr. di telefono Il sottoscritto dichiara che: A la carcassa e i visceri non presentano caratteristiche inclus salute umana; oppure B la carcassa presenta le seguenti alterazioni e deve duno carni prima di essere eventualmente venduta quale deri	ue essere sottoposta al controllo ufficiale delle
Indirizzo Nr. di telefono Il sottoscritto dichiara che: A	ue essere sottoposta al controllo ufficiale delle rata alimentare. Firma
Indirizzo Nr. di telefono Il sottoscritto dichiara che: A	ue essere sottoposta al controllo ufficiale delle rata alimentare. Firma
Indirizzo Nr. di telefono Il sottoscritto dichiara che: A	ue essere sottoposta al controllo ufficiale delle rata alimentare. Firma