***DICHIARAZIONE DEL MACELLO (DM) N. / del***

Dichiarazione del macello Nr. **/**

Data di macellazione:

Codice Macello: Macello

con sede in

CAP - Comune - Provincia

Il macello dichiara che la materia prima conforme ai fini della DOP proviene dalle partite di suini ricevute con

le seguenti AM macellate nella medesima giornata:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CODICE ALLEVAMENTO DI****PROVENIENZA** | **NUMERO****SUINI REGISTRATI DALLA AM** | **RIFERIMENTI DELLA AM** | **CODICE ALLEVAMENTO DI ORIGINE E LETTERA-MESE** | **NUMERO SUINI MACELLATI CONFORMI AI FINI DELLA****DOP** | **NUMERO SUINI DISTOLTI PER INIDONEITÀ AI FINI****DELLA DOP \*** |
| **NUMERO** | **DATA** | **LOTTO MACEL- LAZIONE** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

\* *Legenda singole casuali di inidoneità: A-peso (a seguito applicazione procedure di regolarizzazione); B-età; C-visibilità e correttezza dei tatuaggi di origine; D-classificazione delle carcasse; E- disposizione dell’autorità sanitaria*

 In fede,