



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ASSL Distretto.....
Dipartimento di Prevenzione - SC Via
Telefono PEC e-mail
www

Piano regionale CU di contaminanti agricoli e tossine vegetali naturali negli alimenti - anni 2020-2022

VERBALE DI PRELEVAMENTO N°DEL.....

ATTIVITA' PIANIFICATA:

Piano Extrapiano

ATTIVITA' NON PIANIFICATA:

A seguito di precedente non conformità Allerta
 Vincolo sanitario Richiesta di parte
 Sospetto

Allegato 4 – Piano regionale CA e TVA

Riquadro 1	<p>L'anno duemila addi del mese di..... alle h il/i il sottoscritto/i verbalizzanti..... in qualità di..... si/si sono presentat... presso: <input type="checkbox"/> stabilimento di produzione <input type="checkbox"/> Stabilimento di trasformazione <input type="checkbox"/> Stabilimento di distribuzione <input type="checkbox"/> Stabilimento di stoccaggio <input type="checkbox"/> altra sede di prelievo (specificare.....) Ove viene effettuata la seguente attività..... (specificare nel dettaglio, l'attività effettuata in relazione al prodotto alimentare campionato) sito in via n° CAP Comune di..... Ragione sociale o Denominazione..... C.F./P.IVA Tel. N° ric/N° reg Tipologia di stabilimento MS..... di cui risulta Titolare/Rappresentante Legale il/la Sig./Sig. ra nato/a a il residente in via/loc. All'atto del campionamento è presente, in qualità di persona autorizzata a presenziare alle operazioni di prelievo, il/la Sig./Sig.ra/ nato/a a il residente a Via n°..... Dopo essersi qualificat... e fatto conoscere lo scopo della visita, ha..... proceduto al prelievo dei campioni come da riquadri 2, 3 e 4.</p>
Riquadro 2	<p>Dati relativi al campione Paese di origine del prodotto: Regione..... Prodotto alimentare: <input type="checkbox"/> destinato direttamente al consumo umano <input type="checkbox"/> destinato all'impiego quale ingrediente di prodotti alimentari <input type="checkbox"/> da sottoporre a cernita o altro trattamento fisico prima del consumo umano. Prodotto <input type="checkbox"/> Trasformato <input type="checkbox"/> Non Trasformato Trattamento/Processo: <input type="checkbox"/> Macinatura <input type="checkbox"/> Disidratazione/Essiccamento <input type="checkbox"/> Cottura <input type="checkbox"/> Pastorizzato <input type="checkbox"/> UHT <input type="checkbox"/> Sconosciuta</p>
Riquadro 3	<p>Strategia di campionamento <input type="checkbox"/> campionamento selettivo (codice ST20A) <input type="checkbox"/> campionamento su sospetto (codice ST30A) N. campioni elementari, appartenenti alla partita di <input type="checkbox"/> t (<input type="checkbox"/> o kg)..... suddivisa in n..... sottopartite ciascuna pari a <input type="checkbox"/> t (<input type="checkbox"/> o kg)....., costituita da (indicare numero e tipologie di confezioni o se trattati di sfuso). Dall'unione dei campioni elementari, sul luogo di prelievo, si è ottenuto/sono ottenuti: n. campioni globali, di peso pari a <input type="checkbox"/> Kg o <input type="checkbox"/> litri, suddiviso/i in n. campioni di laboratorio, ciascuno di peso pari a <input type="checkbox"/> Kg o <input type="checkbox"/> litri Un <input type="checkbox"/> campione globale o <input type="checkbox"/> i campioni di laboratorio: <input type="checkbox"/> è stato/sono stati sottoposto/i ad omogeneizzazione, <input type="checkbox"/> non è stato/sono stati sottoposto/i ad omogeneizzazione. Il/i campione globale/i <input type="checkbox"/> omogeneizzato <input type="checkbox"/> non omogeneizzato o i campioni di laboratorio <input type="checkbox"/> omogeneizzati <input type="checkbox"/> non omogeneizzati, sigillato/i ed identificato/i nel modo seguente è stato/sono stati consegnato dall'IZS della Sardegna – Sede di Sassari, via Vienna 2 in data unitamente al presente verbale. Oppure (solo nel caso di aliquote ufficiali costituite sul luogo di prelievo) Dal campione globale <input type="checkbox"/> omogeneizzato <input type="checkbox"/> macinato (se del caso), sono state ottenute in totale n. aliquote ufficiali di peso pari a <input type="checkbox"/> g (<input type="checkbox"/> o ml)..... ciascuna, di cui n. consegnate all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna – Sede di Sassari, via Vienna 2 in data....., e n..... al titolare dell'impresa o suo rappresentante o detentore dei prodotti alimentari presente in fase di costituzione delle aliquote ufficiali, insieme ad una copia del presente verbale di prelievo. Trattandosi di alimento trasformato: <input type="checkbox"/> Si allega l'etichetta dell'alimento (in originale o copia) oppure: <input type="checkbox"/> i fattori di trasformazione/concentrazione/percentuale degli ingredienti sono i seguenti: <input type="checkbox"/> motivazione, per la mancanza di implementazione dell'articolo 2, da parte dell'OSA: Azioni, da parte dell'Autorità competente, per la mancata di implementazione dell'articolo 2 (definizione del fattore) del Regolamento (CE) 1881/2006 da parte dell'OSA:.....</p>
R 4	<p>Esami richiesti <input type="checkbox"/> OTA A <input type="checkbox"/> Aflatossine B1/Aflatossine totali <input type="checkbox"/> Aflatossina M1 <input type="checkbox"/> deossinivalenolo <input type="checkbox"/> FUMO <input type="checkbox"/> zearalenone <input type="checkbox"/> patulina <input type="checkbox"/> nitrati <input type="checkbox"/> acido cianidrico*/glucosidi cianogenici <input type="checkbox"/> altro (specificare)</p>
Riquadro 5	<p>Note del Verbalizzante/i:..... La persona presente all'operazione ha chiesto che venga verbalizzato quanto segue: <input type="checkbox"/> nulla da dichiarare <input type="checkbox"/> di voler ricevere le comunicazioni all'indirizzo mail:..... Sulla scorta dei rilievi esposti si è redatto il presente verbale (in n. copie) e la persona presente all'operazione ha firmato dopo averne preso visione. n° ____ copia/e del presente verbale con n° ____ aliquota/e ufficiale/i nel caso sia/siano stata/e costituita/e sul luogo di prelievo viene/vengono consegnate al Sig.</p>

*con decorrenza anno 2021

Fatto, letto e sottoscritto.

Firma della/e persona/e presente/i al prelievo _____ Il/i Verbalizzante/i _____

Il giorno alle ore il Sig./Dott. ha consegnato a questo IZS n° aliquote del campione nella persona del Sig./Dott. che ha rilevato la temperatura di trasporto °C come da allegato.

Timbro IZS

Firma