

**Protocollo nr: 139458 - del 05/09/2026 - ASP-TRAPANI - AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI TRAPANI Dichiarazione e assegnazione alla distruzione carcasse
gatti rinvenute in via Libica e via Petrella - Trapani**

Da siaoa.trapanipnt@pec.asptrapani.it <siaoa.trapanipnt@pec.asptrapani.it>

A gabinetto.sindaco@pec.comune.trapani.it <gabinetto.sindaco@pec.comune.trapani.it>, quinto.settore@pec.comune.trapani.it <quinto.settore@pec.comune.trapani.it>

Data sabato 5 settembre 2026 - 15:33

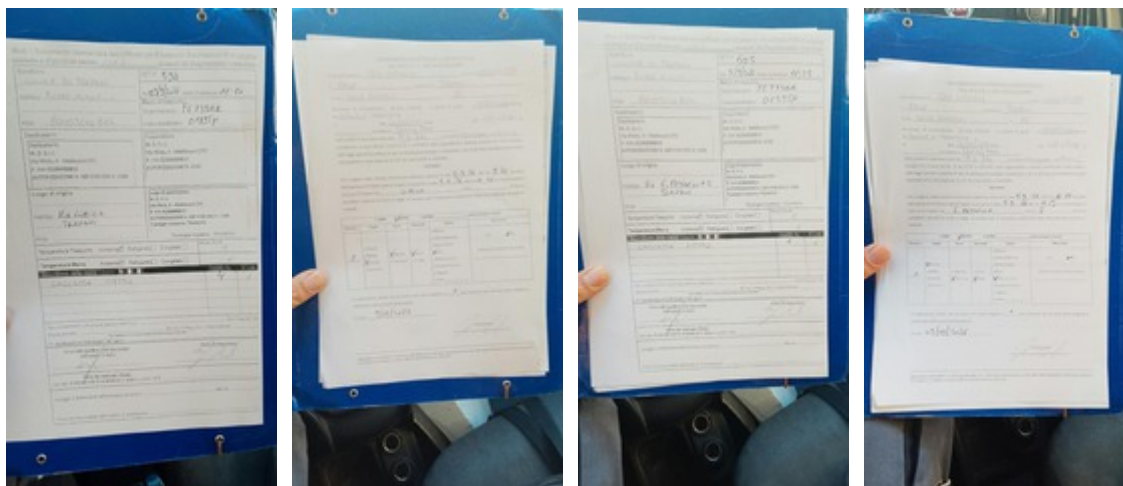
Invio di documento protocollato

Oggetto: Protocollo nr: 139458 - del 05/09/2026 - ASP-TRAPANI - AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI TRAPANI Dichiarazione e assegnazione alla distruzione carcasse gatti rinvenute in
via Libica e via Petrella - Trapani

Data protocollo: 05/09/2026

Protocollato da: ASP-TRAPANI - AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TRAPANI

Allegati: 6



5811-REG-1788615117380-doc02655820260905153713.pdf

ASP-TRAPANI.REGISTRO UFFICIALE.2026.0139458.pdf

WhatsApp Image 2026-09-05 at 13.41.40.jpeg

WhatsApp Image 2026-09-05 at 13.41.41.jpeg

WhatsApp Image 2026-09-05 at 13.41.44.jpeg

WhatsApp Image 2026-09-05 at 13.41.45.jpeg

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a ISCA ANTONINO, nato/a il 03/01/1989
a ERICE residente a TRAPANI
in Via DELLE AMAZZONI n. 86
documento di riconoscimento ☒ carta d'identità ☐ patente di guida n. C49834402 rilasciata da COMUNE DI MASSAROGGI
in data 26/03/2019 valida sino 03/01/2030 al
rec. telefonico 3801629993
nella qualità di dipendente della ditta H.B. SRL con sede in MISUSCENI via PUMA 6
consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000;

DICHIARA

che a seguito della richiesta d'intervento telefonica ricevuta in data 5/3/26 alle ore 10:10 da parte dell'operatore di Polizia Locale di Trapani, lo scrivente, in data 5/3/26 alle ore 11:25 si è recato presso il Comune di Trapani Via E. PATRULLA civico 2, al fine di procedere, secondo le norme di legge, al recupero per il successivo smaltimento della sotto elencata carcassa di animale:

□ CANE		☒ GATTO		□ ALTRO		(Indicare tipologia di animale)
Numero	Taglia	Sesso	Mantello	Colore		Microchip
<u>1</u>	☒ Piccola ☐ Media ☐ Grande ☐ Cucciolo	☐ Maschio ☒ Femmina	☐ Corto ☒ Lungo	☐ Bianco ☐ Fulvo/Marrone ☐ Nero Focato ☒ Nero ☒ Bianco e nero ☐ Focato e bianco ☐ Tigrato ☐ Altro		☐ SI ☒ NO Indicare il numero di microchip

Si rappresenta, altresì, che sul posto sono state eseguite n. 1 foto ritrazioni che formano parte integrale e sostanziale della presente dichiarazione.

Trapani, 05/03/2026

Il dichiarante

Informative ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003e sm.l., i dati sopra riportati sono prescritti dalle vigenti disposizioni ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo

Mod. 1 Documento contrattuale semplificato per il trasporto di sottoprodotto di origine animale e di prodotti derivati CAT 1 al sensi del Regolamento 1069/2009

Spedite COMUNE DI TRAPANI		DDT N° 595	
Indirizzo Piazza Municipio		del 5/9/2026 orario di partenza 11:25	
P.IVA 80003240814		Mezzo di trasporto Targa Automezzo FE 733NR Codice Identificativo 0133TP	
Destinatario M. D. S.r.l. Via Plinio, 6 - Misiliscemi (TP) P. IVA 02286680810 AUTORIZZAZIONE N. ABP 4765 DRS N. 1288		Trasportatore M. D. S.r.l. Via Plinio, 6 - Misiliscemi (TP) P. IVA 02286680810 AUTORIZZAZIONE N. 4765	
Luogo di origine Indirizzo VIA E. PETRELLA 2 TRAPANI P.IVA		Luogo di destinazione M. D. S.r.l. Via Plinio, 6 - Misiliscemi (TP) P. IVA 02286680810 AUTORIZZAZIONE N. ABP 4765 DRS N. 1288 Tipologia impianto: TRANSITO	
Temperatura Trasporto Ambiente ☒ Refrigerato ☐ Congelato ☐		Numero di colli 1	
Temperatura Merce Ambiente ☒ Refrigerato ☐ Congelato ☐		1	
Descrizione della merce Categoria ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3		Quantità Kg N° Lotto	
CARCASSA CATO		1 1	
Tipo di trattamento (per prodotti derivati): METODO: Alt IV Reg. UE 142			
Specie animale: Fil. Art. 10 Reg. Ce n. 1069/2009 lett.			
N° identificazione/i individuale/i del capo/i: Firma del trasportatore			
Firma dello spedite/del responsabile dell'impianto di origine		Firma del trasportatore	
Firma del Veterinario Ufficiale (nel caso di animali morti di cui all'articolo 8, lettera a, punto i ed ii)			
Lavaggio e disinfezione dell'automezzo avvenuti il _____ alle ore _____			
Firma del responsabile dell'impianto di destinazione			

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Titolo sottoscrittore/a ISCA ANTONINO nato/a il 03/01/1987
a ERICE residente a TRAPANI
in Via DELLE AMIGLI n. 86

documento di riconoscimento ☐ carta d'identità ☐ patente di guida n. CA283440 rilasciato da GRANDE DI MARSANZANO
in data 26/03/2019 valida fino al 03/01/2020

rec. telefonico 380.162.9993
nella qualità di dipendente della ditta M.B. SRL con sede in MICULISCIANO via ROMA, 6
consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000;

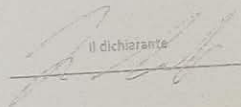
DICHIARA

che a seguito della richiesta d'intervento telefonica ricevuta in data 5/9/26 alle ore 9.20 da parte dell'operatore di Polizia Locale di Trapani, lo scrivente, in data 5/9/26 alle ore 11.10 si è recato presso il Comune di Trapani Via LI BICA civico _____ al fine di procedere, secondo le norme di legge, al recupero per il successivo smaltimento della sotto elencata carcassa di animale:

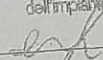
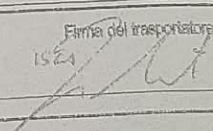
☐ CANE ☒ GATTO ☐ ALTRO _____ (Indicare tipologia di animale)				Microchip	
Numero	Taglia	Sesso	Mantello	Colore	
<u>1</u>	☐ Piccola ☐ Media ☒ Grande ☐ Cucciolo	☒ Maschio ☐ Femmina	☒ Corto ☐ Lungo	☐ Bianco ☐ Fulvo/Marrone ☐ Nero Focato ☒ Nero ☐ Bianco e nero ☐ Focato e bianco ☐ Tigrato ☐ Altro _____	☐ SI ☒ NO Indicare il numero di microchip _____

Si rappresenta, altresì, che sul posto sono state eseguite n. 1 foto ritrazioni che formano parte integrale e sostanziale della presente dichiarazione.

Trapani, 5/05/2026

Il dichiarante


Informative ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003e sm.J., i dati sopra riportati sono protetti dalle vigenti disposizioni di fini del preordinamento per il quale sono richiesti a verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo

Speditore CONSUME DI TRAPANI Indirizzo PIAZZA MUNICIPIO 1 P.IVA 80003210814		DDT N° 594 del 05/9/2026 orario di partenza 11:10 Mezzo di trasporto Targa Automezzo FE 733RR Codice identificativo 0139Tp	
Destinatario Destinatario M. D. S.r.l. Via Plinio, 6 - Misiliscemi (TP) P. IVA 02286680810 AUTORIZZAZIONE N. ABP 4765 DRS N. 1288		Trasportatore M. D. S.r.l. Via Plinio, 6 - Misiliscemi (TP) P. IVA 02286680810 AUTORIZZAZIONE N. 4765	
Luogo di origine Indirizzo VIA LIBICA TRAPANI P.IVA		Luogo di destinazione M. D. S.r.l. Via Plinio, 6 - Misiliscemi (TP) P. IVA 02286680810 AUTORIZZAZIONE N. ABP 4765 DRS N. 1288 Tipologia impianto: TRANSITO	
Temperatura Trasporto Ambiente ☒ Refrigerato ☐ Congelato ☐		Numero di colli 1	
Temperatura Merce Ambiente ☒ Refrigerato ☐ Congelato ☐		Quantità Kg 1	
Descrizione della merce Categoria ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 CARCASSA CATO		N° Lotto 1	
All. IV Reg. UE 142			
Tipologia di trattamento (per prodotti derivati): METODO:			
Specie animale: (Per materiali e Prod. derivati destinati all'alimentazione animale)			
N° identificazione/ Individuale / del capo/:			
Firma dello spedizioniere/ del responsabile dell'impianto di origine 		Firma del trasportatore 	
Firma del Veterinario Ufficiale (nel caso di animali morti di cui all'articolo 8, lettera e, punto I ed II)			
Lavaggio e disinfezione dell'automezzo avvenuto il _____ alle ore _____			
Firma del responsabile dell'impianto di destinazione _____			



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana

VIA MAZZINI, 1 - 91100 TRAPANI
TEL. (0923) 805111 - FAX (0923) 873745
Codice Fiscale - P. IVA 02363280815

Servizio Sanitario Nazionale Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani
Dipartimento di Prevenzione Veterinaria
UOC Siaoa Asp Trapani
UOS Servizio Igiene degli Alimenti di Origine Animale
Territorio di Trapani e Pantelleria
Dirigente Responsabile Dr Francesco Castiglione
Viale Della Provincia - Cittadella Della Salute (Palazzo Ulivo)
91016 Erice Casa Santa (TP)

Prot.

Erice Casa Santa (TP) li 05/09/2026

AL SIGNOR SINDACO
COMUNE DI Trapani

DICHIARAZIONE e ASSEGNAZIONE ALLA DISTRUZIONE CARCASSE GATTI

(Regolamento CE n. 1069/09)

L'anno 2026 il giorno 05 del mese di SETTEMBRE alle ore 15:20 circa il sottoscritto Dr. Giacomo Angelo appartenente al Dipartimento di Prevenzione Veterinaria A.S.P. - Trapani, su richiesta dell'Ispettore Patti della Polizia Municipale di Trapani

COMUNICA CHE

Le carcasse dei gatti rinvenute nella Via Libica e nella Via Petrella del **COMUNE di TRAPANI** sprovviste di **identificativo** come descritto nelle schede redatte dalla ditta M.D. srl a firma dell'operatore Sig. ISCA ANTONINO

DOVRANNO ESSERE SMALTITE COME SOA CATEGORIA 1.

I sottoprodotti di cui sopra, classificati in **CATEGORIA 1 art. 8 Reg. CE n. 1069/09 (Titolo I, capo I, sezione 4, articolo 8, lettera a, punto iii Reg. CE n. 1069/09)**, dovranno essere inceneriti e/o distrutti ai sensi della normativa vigente in materia (reg. CE n. 1069/09 - reg. U.E. n. 142/11).

IL DIRIGENTE VETERINARIO

A.S.P. TRAPANI
Dr. Giacomo Angelo
DIRIGENTE MEDICO VETERINARIO
Igiene degli Alimenti O.A.
Servizio Trapani / Pantelleria

ORDINANZA di DISTRUZIONE n. _____ del _____

Il SINDACO del Comune di _____

° **PREMESSO** che lo smaltimento della carcassa animale dovrà avvenire nel più breve tempo possibile, nel rispetto delle norme sanitarie e di polizia sanitaria, nonché delle condizioni e prescrizioni fissate dal regolamento (CE) n. 1069/2009 (Titolo I, capo II, sezione 2, articolo 12 Reg. CE n. 1069/09) e dal regolamento U.E. n. 142/11.

° **VISTA** la dichiarazione di cui sopra.

Per i motivi espressi in premessa, che qui si intendono integralmente riportati,

ORDINA

la distruzione di quanto sopra segnalato, mediante incenerimento e/o trasformazione in stabilimenti autorizzati, o infossamento in _____ con l'aggiunta del seguente quantitativo di disinfettante _____

Se gli l'animale/i da affezione, è/sono di proprietà di un privato cittadino, le spese di smaltimento sono a carico del proprietario stesso.

Copia della presente Ordinanza dovrà essere inviata al Dipartimento di Prevenzione Veterinaria U.O.S. Territoriale indicata in intestazione.

I Vigili Urbani del Comune di _____ e il Dirigente del Settore Ecologia e Ambiente del Comune di _____, saranno incaricati della vigilanza e verifica della corretta esecuzione del presente provvedimento.

N.B. A distruzione avvenuta, dovrà essere trasmesso a quest'ufficio, certificazione di smaltimento della carcassa (certificato rilasciato dallo stabilimento autorizzato o verbale di avvenuta esecuzione di Ordinanza Sindacale).

Dalla Residenza Municipale, li _____

IL SINDACO