

**MODELLO DI RACCOLTA DATI IN CASO DI SEGNALAZIONE DA PARTE DI PRIVATO CITTADINO  
DI ALIMENTO NON CONFORME AI SOLI FINI DI TUTELA DELLA SALUTE PUBBLICA**

PARTE DA COMPILARE DAL CITTADINO

Il/la sottoscritto/a
Nato/a a _____ il _____
Indirizzo
E mail
DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (vedi allegato)

segnala, con il fine di contribuire a garantire la sicurezza degli alimenti posti in commercio, che il prodotto denominato \_\_\_\_\_

composizione	
ditta distributrice	
ditta produttrice	
tipo di confezione	
peso netto	
termine minimo di conservazione/data scadenza	
lotto	

**Acquistato:**

data di acquisto	
sede di acquisto	
riferimenti scontrino	

Trasportato dopo l'acquisto secondo le seguenti modalità:


Conservato fino al momento del consumo  a temperatura ambiente  in frigorifero  in congelatore  
secondo le seguenti modalità:


presenta la seguente non conformità  
(DESCRIZIONE DELLA NON CONFORMITA', DELL'EPISODIO E MOTIVO DELL'EPISODIO)


Si precisa inoltre che il prodotto

non è stato consumato  
 è stato consumato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ e a distanza di circa \_\_\_\_\_ ore è comparsa la seguente sintomatologia:

\_\_\_\_\_

**CERTIFICATA\*\*\* (N.B. non si accettano segnalazioni di sintomatologie riferite).**

Il segnalante, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (DPR 28/12/2000 n. 445)

Dichiara quanto segue (\*):

- 1) di non essere in alcun modo portatore di interessi commerciali propri o di terzi \*\*;
  - 2) di non svolgere attività in conflitto di interessi con l'attività oggetto di segnalazione\*\*
- di non aver manipolato il prodotto con aggiunta o sottrazione di ingredienti;
- di non aver conservato e/o trasportato il prodotto insieme a detersivi, solventi o altri materiali acquistati o detenuti;
- nel caso di bevande di non aver "bevuto a collo" durante l'assunzione di farmaci o di alimenti;
- altro \_\_\_\_\_

Il prodotto viene  trattenuto  consegnato all'ASL per l'utilizzo che l'Autorità Competente riterrà più opportuno.

**Allegati:**

- scontrino  
 certificato medico/PS

\_\_\_\_\_  
(FIRMA PER ESTESO DEL SEGNALANTE)

(\*) spiegare e circostanziare all'interessato il significato di ogni voce dichiarata

(\*\*) 1) e 2) sono dichiarazioni obbligatorie

(\*\*\*) acquisire certificazione medica



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Dipartimento di Sanità Pubblica  
Direttore Dr. Giuseppe Cosenza  
Programma Sicurezza Alimentare  
Responsabile Dr.ssa Chiara Berardelli

Verbale n.

UO Igiene degli Alimenti e Nutrizione	UO Attività Veterinarie
<input type="checkbox"/> Sede di Ferrara fax 0532-235284	<input type="checkbox"/> Sede di Ferrara tel. 0532.235982 fax 0532.235985
<input type="checkbox"/> Sede di Migliarino fax 0533-649736	<input type="checkbox"/> Ufficio di Migliarino tel. 0533.649702 fax 0533.649709
<input type="checkbox"/> Sede di Cento fax 051-6838452	<input type="checkbox"/> Ufficio di Cento tel. 051.6838203 fax 051.6838117
<input type="checkbox"/> Sede di Portomaggiore fax 0532-817359	<input type="checkbox"/> Ufficio di Copparo tel. 0532.879062 fax 0532.879071
	<input type="checkbox"/> Ufficio di Portomaggiore tel. 0532.817468 fax 0532.817459
e mail: <a href="mailto:igienealimentinutrizione@ausl.fe.it">igienealimentinutrizione@ausl.fe.it</a>	e mail: <a href="mailto:areaveterinaria@ausl.fe.it">areaveterinaria@ausl.fe.it</a>

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ prende in consegna la segnalazione del Sig. \_\_\_\_\_ decidendo di procedere come segue (vengono previste alcune casistiche, ma possono essere messe in atto anche altre azioni).

Effettuazione foto del prodotto con particolare riguardo all'etichetta/lotto di produzione e scadenza. Qualora il prodotto sia macroscopicamente alterato, procedere a fotografare anche il prodotto.

Descrizione del prodotto: \_\_\_\_\_ costituito da n. \_\_\_\_\_ confezioni di cui:

**N..... CONFEZIONI INTEGRE - REFERENZE CONFEZIONE**

composizione	
ditta distributrice	
ditta produttrice	
tipo di confezione	
peso netto	
termine minimo di conservazione/data scadenza	
lotto	

**N..... CONFEZIONI APERTE - REFERENZE CONFEZIONE**

composizione	
ditta distributrice	
ditta produttrice	
tipo di confezione	
peso netto	
termine minimo di conservazione/data scadenza	
lotto	

sulle quali verranno richiesti i seguenti esami di laboratorio:

- esame microbiologico;
- ricerca infestanti con identificazione di specie;
- ricerca corpi estranei;
- esame chimico
- residui prodotti fitosanitari
- protocollo RIS/NAS per bottiglie aperte e/o forate
- altro \_\_\_\_\_

N.B. Qualora venga accettato il prodotto per l'effettuazione di analisi si procede alla ricerca di prodotto di pari LOTTO / SCADENZA nonché alla sua segregazione con campionamento che riporti il riferimento alla segnalazione dell'inconveniente

Effettuare generica segnalazione dell'inconveniente all'ASL territorialmente competente ritenuto che tali reclami/segnalazioni di non conformità necessitano comunque di valutazione e possano rappresentare occasione di approfondimento sia per le Ditte produttrici, sia per l'Autorità competente.

Non si procede, esplicitando le sotto riportate valutazioni al segnalante:

--

Altro

--

(il Tecnico della Prevenzione / il Medico Referente / il Veterinario Ufficiale)

Modulo di segnalazione da parte di privato cittadino di alimento non conforme – DSP – PROGRAMMA SICUREZZA ALIMENTARE  
Vers. 01 del 31/08/2016



A cura del dell'Azienda U.S.L. di Ferrara  
Dipartimento di Sanità Pubblica  
Programma Sicurezza Alimentare