



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

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

Piano Regionale Controllo Ufficiale Micotossine Alimenti
2016-2018

VERBALE DI PRELEVAMENTO N°DEL.....

ATTIVITA' PIANIFICATA:

☐ Monitoraggio ☐ Sorveglianza

ATTIVITA' NON PIANIFICATA:

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

Allegato 4 alla Determinazione n. 458 del 18/05/2017 (rev. Luglio 2018)

Riquadro 1	L'anno duemila addì del mese di alle h il/i il sottoscritto/i verbalizzanti in qualità di si/si sono presentati 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 qualificati e fatto conoscere lo scopo della visita, ha proceduto al prelievo dei campioni come da riquadri 2, 3 e 4.
	Riquadro 2 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
Riquadro 3	Strategia di campionamento Riferimento normativo utilizzato per il campionamento: 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 trattasi di sfuso), oppure prelevati da una porzione pari al % della partita, del prodotto alimentare indicato nel riquadro 2. Per il prelievo è stata utilizzata la seguente attrezzatura: <input type="checkbox"/> sonda di metri con aperture; <input type="checkbox"/> altro (specificare) 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. L'attività di omogeneizzazione, sul luogo di prelievo, è avvenuta nel seguente modo: (descrivere la procedura effettuata) 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 per essere sottoposte agli esami per la ricerca di micotossine negli alimenti, secondo quanto indicato nel riquadro 4, 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
	Riquadro 4 Esami richiesti <input type="checkbox"/> Aflatossine B e G <input type="checkbox"/> Aflatossina M1 <input type="checkbox"/> Ocratossina A <input type="checkbox"/> Deossinivalenolo <input type="checkbox"/> Zearalenone
Riquadro 5	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: <input type="checkbox"/> 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.

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