

SERVIZIO VETERINARIO AZIENDA ASL _____

**PIANO REGIONALE PER LA VIGILANZA ED IL CONTROLLO SANITARIO DELLA FILIERA DEI
MOLLUSCHI BIVALVI VIVI NELLA PRODUZIONE POST PRIMARIA
SETTORE PRODUZIONE**

SCHEDA TRIMESTRALE RIEPILOGO DATI ATTIVITA' DI VIGILANZA E CONTROLLO

ANNO _____

SEMESTRE _____

STABILIMENTO _____

CENTRO DI DEPURAZIONE _____ N° CEE

CENTRO DI SPEDIZIONE _____ N° CEE

N° progr.	Data sopralluogo	Campioni prelevati	(*) ESITI DEGLI ESAMI DI LABORATORIO				
			Microbiologici		Chimici	Biotossicologici	Altri
			E. coli	Salmonelle	metalli pesanti	Biotossine (**) DSP PSP ASP	

(*) indicare il parametro fuori norma ed il suo valore

(**) specificare se DSP, PSP o ASP

PROVVEDIMENTI ADOTTATI:

NOTE:

Il Veterinario Ufficiale

Il Responsabile del Servizio