

	AZIENDA SANITARIA LOCALE <hr/> Dipartimento Di Prevenzione Servizi Veterinari – Distretto _____
--	---

Piano di monitoraggio per la ricerca di *Escherichia coli* produttori di tossina *Shiga* (STEC) in formaggi a base di latte crudo ovi-caprino – Allegato A/II
SCHEDA ANAGRAFICA CASEIFICIO

Compilata da Sig./Dott.

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE	
Ragione sociale caseificio:	
Registrato ai sensi del Reg. 852/04 Specie latte lavorato in caseificio: <input type="checkbox"/> Ovina <input type="checkbox"/> Caprina <input type="checkbox"/> Bovina <input type="checkbox"/> Bufalina	
Indirizzo: Via/Piazza	
Città:	Provincia:
Località:	
Stima quantità di latte lavorato: - Ovino: Valore Medio _____; Valore Min: _____ litri; Valore Max: _____ litri; - Caprino: Valore Medio _____; Valore Min: _____ litri; Valore Max: _____ litri;	
Anni di attività del caseificio:	Numero di addetti:
Ambito di commercializzazione dei prodotti	<input type="checkbox"/> Diretta/al dettaglio (es. spaccio di vendita annesso) <input type="checkbox"/> Locale (cessione di piccoli quantitativi ad altri esercizi) <input type="checkbox"/> Provinciale

INFORMAZIONI SULLE PRODUZIONI												
Periodo dell'anno in cui il caseificio lavora il latte ovino	<input type="checkbox"/> Lavora durante tutto l'anno <input type="checkbox"/> Lavora solo alcuni periodi dell'anno (specificare):											
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gennaio</td> <td><input type="checkbox"/> Luglio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Febbraio</td> <td><input type="checkbox"/> Agosto</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Marzo</td> <td><input type="checkbox"/> Settembre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aprile</td> <td><input type="checkbox"/> Ottobre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Maggio</td> <td><input type="checkbox"/> Novembre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Giugno</td> <td><input type="checkbox"/> Dicembre</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Gennaio	<input type="checkbox"/> Luglio	<input type="checkbox"/> Febbraio	<input type="checkbox"/> Agosto	<input type="checkbox"/> Marzo	<input type="checkbox"/> Settembre	<input type="checkbox"/> Aprile	<input type="checkbox"/> Ottobre	<input type="checkbox"/> Maggio	<input type="checkbox"/> Novembre	<input type="checkbox"/> Giugno
<input type="checkbox"/> Gennaio	<input type="checkbox"/> Luglio											
<input type="checkbox"/> Febbraio	<input type="checkbox"/> Agosto											
<input type="checkbox"/> Marzo	<input type="checkbox"/> Settembre											
<input type="checkbox"/> Aprile	<input type="checkbox"/> Ottobre											
<input type="checkbox"/> Maggio	<input type="checkbox"/> Novembre											
<input type="checkbox"/> Giugno	<input type="checkbox"/> Dicembre											
Periodicità con cui viene lavorato il latte (su base settimanale)	<input type="checkbox"/> Tutti i giorni <input type="checkbox"/> Ogni 2 giorni <input type="checkbox"/> Ogni 3 giorni <input type="checkbox"/> Non tutti i giorni e con cadenza non definita											
Elencare il nome dei formaggi ovi-caprini prodotti dal caseificio*: 1. Formaggio: _____												

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<p>AZIENDA SANITARIA LOCALE</p> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <p>Dipartimento Di Prevenzione Servizi Veterinari – Distretto _____</p>
---	---

Piano di monitoraggio per la ricerca di *Escherichia coli* produttori di tossina *Shiga* (STEC) in formaggi a base di latte crudo ovi-caprino – Allegato A/II

SCHEDA ANAGRAFICA CASEIFICIO

2. Formaggio: _____
3. Formaggio: _____
4. Formaggio: _____
5. Formaggio: _____
6. Formaggio: _____
7. Formaggio: _____
8. Formaggio: _____
9. Formaggio: _____
10. Formaggio: _____

* Per ogni tipologia di formaggio che è stata sottoposta al campionamento deve essere compilata la relativa scheda tecnica (Allegato A/III del piano)

INFORMAZIONI ALLEVAMENTO ANNESSO AL CASEIFICIO	
Specie allevata: <input type="checkbox"/> Ovini <input type="checkbox"/> Caprini	Numero complessivo capi allevati: _____ Numero capi in lattazione: _____ Numero complessivo capi allevati: _____ Numero capi in lattazione: _____
Razza Ovini: _____ Razza Caprini: _____	
Gli animali vanno al pascolo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: Numero mesi _____
Tipo di mungitura:	<input type="checkbox"/> manuale <input type="checkbox"/> meccanica (mungitrice a carrello/mobile) <input type="checkbox"/> meccanica (sala mungitura)
Numero di mungiture giornaliere	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Uso di pre-dipping e/o post-dipping	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Modalità conservazione latte munto	<input type="checkbox"/> Bidone coibentato <input type="checkbox"/> Cisterna latte
Modalità trasporto latte al caseificio	<input type="checkbox"/> Nessuno (es. allevamento annesso caseificio) <input type="checkbox"/> Bidone coibentato <input type="checkbox"/> Automezzo refrigerato
Annotazioni	