



ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI CHIETI
SERVIZIO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE
(Asl 02 Lanciano-Vasto-Chieti)

GIORNATA SULLA VALORIZZAZIONE DEL TERRITORIO E DELLE PICCOLE PRODUZIONI LOCALI

“LA MOZZARELLA DI BUFALA : UNA NUOVA SCOMMESSA PER IL TERRITORIO.. “

*06 settembre 2019
AZIENDA AGRICOLA DO.MI.FA
Via Per Popoli, 66100 CHIETI*

PROGRAMMA

H. 8.30 REGISTRAZIONE DEI PARTECIPANTI

H.9.00 PRESENTAZIONE DEL PROGETTO : (Dott. Giuseppe Torzi , Direttore del Dipartimento di Prevenzione - Dott.Di Pretoro Enzo , Presidente OMV Chieti)

H.9.30 GESTIONE E MANAGEMENT DELL'ALLEVAMENTO DELLA BUFALA
(Prof. Luigi Zicarelli – già Direttore del Dipartimento di Medicina Veterinaria e Produzioni Animali- Università Degli Studi di Napoli“Federico II”)

H.11.00 MALATTIE INFETTIVE DELLA BUFALA E PIANI DI RISANAMENTO
(Prof. Fulvio Marsilio – Facoltà di Medicina Veterinaria Università degli Studi di Teramo)

H.12.30 LA FILIERA BUFALINA
(Dott. Angelo Citro – Veterinario Dirigente ASL Salerno)

H. 13.30 MOZZARELLA LIVE: TRASFORMAZIONE DEL LATTE DI BUFALA E PRINCIPALI ALTERAZIONI DELLA LAVORAZIONE
(Dott.Angelo Citro – Veterinario Dirigente Asl Salerno)

H. 14.30 LA MOZZARELLA E I PRODOTTI A BASE DI LATTE A GARANZIA DELLA SICUREZZA DEL CONSUMATORE
(con Show Cooking e degustazione a cura dello chef stellato Arcangelo Tinari- Ristorante Villa Maiella- Guardiagrele)

H. 15.30 Test di valutazione ECM

H. 16.00 Fine della giornata

RESPONSABILE SCIENTIFICO : DOTT.DI PRETORO ENZO
evento accreditato con 6 crediti

Educazione Continua in Medicina
Scheda di iscrizione
(compilare in stampatello, una lettera per casella)
DATI DEL PARTECIPANTE

Titolo dell'evento:

**LA MOZZARELLA DI BUFALA: UNA NUOVA SCOMMESSA PER IL
TERRITORIO**

Azienda Agricola DO.MI.FA. – Via Per Popoli
CHIETI, 6 settembre 2019

Cognome													
Nome													
Sesso	M	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
Luogo di nascita													
Data di nascita	giorno			mese			anno						
Codice Fiscale													
Indirizzo													
Comune													
Provincia													
CAP													
Telefono													
Cellulare													
e-Mail													
Pec													
Professione													
ASL o libera professione													
Ordine di appartenza													

***** *** ***

Dichiaro di essere stato informato e di acconsentire al trattamento dei miei dati personali.

Luogo e Data:

Firma