

SCHEDA IDENTIFICATIVA APICOLTORI REGIONE LAZIO

DENUNCIA DEGLI APIARI

(Art. 6 - Legge n. 313 del 24/12/2004)

IDENTIFICATIVO FIGURA ANAGRAFICA

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
Rappresentante Legale (Società) _____
Residente nel Comune di _____ Prov _____ Cap _____
Loc./ Via _____ C.F. / p.IVA _____
Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

UBICAZIONE ALLEVAMENTO PRINCIPALE

In qualità di Responsabile dell'Azienda Apistica
Codice Aziendale IT [][][] [][] [][][]
Denominata _____ Sita nel Comune di _____
Loc. / Via _____ Prov _____ Cap _____
Tel. _____

DETENTORE

(da compilare solo nel caso in cui il detentore non coincida con le figure precedenti)

Detentore _____ nato a _____ il _____
Residente nel Comune di _____ Prov _____ Cap _____
Loc./ Via _____ C.F. / p.IVA _____
Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

CONDUZIONE:

Familiare Dipendenti N°: _____ Autoconsumo: Si No
Effettua Nomadismo SI NO

INDIRIZZO PRODUTTIVO

MIELE PROPOLI PAPPA REALE POLLINE
REGINE SCIAMI CERA VELENO

Il miele prodotto e' di tipo _____
Quantità di produzione ultimo anno _____

ATTIVITA' DI SMIELATURA

IN PROPRIO:

Autorizzazione/D.I.A. prot. _____ rilasciata/presentata il _____
al Comune di _____ Prov. _____

Laboratorio _____
Ubicato nel Comune di _____ Prov _____ Cap _____
Loc./ Via _____ Tel. _____

PRESSO TERZI:

Laboratorio _____
Codice Aziendale IT [][][] [][][] ASL n. _____ di _____
Ubicata nel Comune di _____ Prov _____ Cap _____
Loc. / Via _____ Tel. _____

ALVEARI

Dichiara sotto la propria responsabilità di possedere n. _____ alveari, così stanziati:

n. _____ nel Comune di _____ località _____ ASL _____
presso il fondo di proprietà di _____ Comune di _____
Prov _____ Cap _____ Loc./ Via _____ Tel. _____
Data apertura _____ Data chiusura _____

n. _____ nel Comune di _____ località _____ ASL _____
presso il fondo di proprietà di _____ Comune di _____
Prov _____ Cap _____ Loc./ Via _____ Tel. _____
Data apertura _____ Data chiusura _____

n. _____ nel Comune di _____ località _____ ASL _____
presso il fondo di proprietà di _____ Comune di _____
Prov _____ Cap _____ Loc./ Via _____ Tel. _____
Data apertura _____ Data chiusura _____

n. _____ nel Comune di _____ località _____ ASL _____
presso il fondo di proprietà di _____ Comune di _____
Prov _____ Cap _____ Loc./ Via _____ Tel. _____
Data apertura _____ Data chiusura _____

SEZIONE PER CHI EFFETTUA NOMADISMO

Di tali Alveari n. _____ sono soggetti a Nomadismo:

n. _____ nel Comune di _____ località _____ ASL _____
presso il fondo di proprietà di _____ Comune di _____
Prov _____ Cap _____ Loc./ Via _____ Tel. _____
Data prevista trasferimento _____ periodo di permanenza _____
Tipo di fioritura _____

n. _____ nel Comune di _____ località _____ ASL _____
presso il fondo di proprietà di _____ Comune di _____
Prov _____ Cap _____ Loc./ Via _____ Tel. _____
Data prevista trasferimento _____ periodo di permanenza _____
Tipo di fioritura _____

n. _____ nel Comune di _____ località _____ ASL _____

presso il fondo di proprietà di _____ Comune di _____
Prov _____ Cap _____ Loc./ Via _____ Tel. _____
Data prevista trasferimento _____ periodo di permanenza _____
Tipo di fioritura _____

n. _____ nel Comune di _____ località _____ ASL _____
presso il fondo di proprietà di _____ Comune di _____
Prov _____ Cap _____ Loc./ Via _____ Tel. _____
Data prevista trasferimento _____ periodo di permanenza _____
Tipo di fioritura _____

n. _____ nel Comune di _____ località _____ ASL _____
presso il fondo di proprietà di _____ Comune di _____
Prov _____ Cap _____ Loc./ Via _____ Tel. _____
Data prevista trasferimento _____ periodo di permanenza _____
Tipo di fioritura _____

Data _____

Firma _____