

SERVIZIO DI IMPOLINAZIONE

MODULO DI COMUNICAZIONE AD ASPROMIELE – Allegato C2



Il sottoscritto _____ in qualità di proprietario
(Cognome e Nome)

degli alveari dell'attività apistica con Codice Aziendale **IT**

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

i seguenti spostamenti in data ___ / ___ / ____ avente causale:

- IMPOLLINAZIONE**
- IMPOLLINAZIONE CON RECUPERO MATERIALE BIOLOGICO CON
CON DATA PRESUNTO RIENTRO ___ / ___ / ____ (indicare la data)**
- ATTESTAZIONE SANITARIA** (barrare la casella per richiederla)

APIARIO DI PARTENZA				
★ N° Progr.	Comune Apiario	Località	Alveari	Sciami/ Nuclei

Destinazione: agricoltore, grossista/distributore

Codice Fiscale * _____

Denominazione * _____

Comune sede legale * _____ Prov.* (_____)

Indirizzo sede legale * _____

Luogo e data _____

FIRMA _____

*N.B.: Tutti i dati richiesti nel presente modulo sono necessari e obbligatori al fine della riuscita delle operazioni di inserimento in BDA.

★ Numero da copiare dalla tabella "ATTIVITA' DI APICOLTURA" della BDA, ricevuta in occasione della registrazione in anagrafe apistica, colonna PROG..