



SCHEDA IDENTIFICATIVA APICOLTORI REGIONE LAZIO

DENUNCIA DEGLI APIARI E COMUNICAZIONE DI INIZIO ATTIVITA'

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

IDENTIFICATIVO FIGURA ANAGRAFICA

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
Rappresentante Legale (Nome 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 PAPPÀ REALE POLLINE
REGINE SCIAMI CERA VELENO
ALTRO (specificare)

Il miele prodotto e' di
tipo _____

_____ Quantità di produzione ultimo
anno _____

ATTIVITA' DI SMIELATURA

IN PROPRIO:

Laboratorio _____
Ubicato nel Comune di _____ Prov _____ Cap _____
Loc./ Via _____ Tel. _____
Autorizzazione/D.I.A. prot. (solo in caso di autoconsumo) _____ rilasciata/presentata il _____
al Comune di _____ Prov. _____

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 _____
presso la ASL _____ presso il fondo di proprietà di _____
Ubicati nel Comune di _____ Prov _____ Cap _____
Loc./ Via _____ Tel. _____
Data inizio attività apistica _____ Data fine attività apistica _____

n. _____ nel Comune di _____ località _____
presso la ASL _____ presso il fondo di proprietà di _____
Ubicati nel Comune di _____ Prov _____ Cap _____
Loc./ Via _____ Tel. _____
Data inizio attività apistica _____ Data fine attività apistica _____

n. _____ nel Comune di _____ località _____
presso la ASL _____ presso il fondo di proprietà di _____
Ubicati nel Comune di _____ Prov _____ Cap _____
Loc./ Via _____ Tel. _____
Data inizio attività apistica _____ Data fine attività apistica _____

n. _____ nel Comune di _____ località _____
presso la ASL _____ presso il fondo di proprietà di _____
Ubicati nel Comune di _____ Prov _____ Cap _____
Loc./ Via _____ Tel. _____
Data inizio attività apistica _____ Data fine attività apistica _____

n. _____ nel Comune di _____ località _____
presso la ASL _____ presso il fondo di proprietà di _____
Ubicati nel Comune di _____ Prov _____ Cap _____
Loc./ Via _____ Tel. _____
Data inizio attività apistica _____ Data fine attività apistica _____

Data _____ Firma _____

SEZIONE PER CHI EFFETTUA NOMADISMO

Dei suddetti Alveari, n. _____ sono soggetti a Nomadismo:

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

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

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

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

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

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

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

Data _____

Firma _____