

DICHIARAZIONE ATTIVITA' DI APICOLTURA, ASSEGNAZIONE CODICE UNIVOCO IDENTIFICATIVO E  
REGISTRAZIONE IN BDA

DENOMINAZIONE AZIENDA \_\_\_\_\_

DATI RELATIVI AL PROPRIETARIO DEGLI ALVEARI

COGNOME E NOME	
NATO A	IL
CF	P.IVA
INDIRIZZO	TEL:
COMUNE	PROV
EMAIL:	

DATI RELATIVI AL RAPPRESENTANTE LEGALE DELL'AZIENDA

RAPPRESENTANTE LEGALE (se diverso dal proprietario degli animali)	
COGNOME	NOME
NATO A	IL
CF	

DATI RELATIVI AL DETENTORE (se diverso dal proprietario degli alveari) – specificare il numero di detentori per ciascun apiario posseduto

COGNOME E NOME	
NATO A	IL
CF	P.IVA
INDIRIZZO	TEL:
COMUNE	PROV

Aggiornamento della BDA: proprietario degli alveari  persona delegata

ESTREMI DELLA PERSONA DELEGATA	
COGNOME	NOME
NATO A	IL
CF	
EVENTUALE ENTE DI APPARTENENZA	

DICHIARA DI POSSEDERE COMPLESSIVAMENTE N.....ALVEARI ALLA DATA DEL...../...../..... COSI'  
DISLOCATI

APIARIO N.	ALVEARI N.	NUCLEI N.	COMUNE	LOCALITA' E INDIRIZZO	COORDINATE GEOGRAFICHE

TIPOLOGIA ATTIVITA'	MODALITA' DI ALLEVAMENTO	CLASSIFICAZIONE APIARI
-produzione per commercializzazione/apicoltore professionista -produzione per autoconsumo	-apicoltura convenzionale -apicoltura biologica	-stanziali -nomadi

GENERE	SPECIE	SOTTOSPECIE
Apis	Mellifera	Ligustica
Siciliana/Sicula		
Carnica		
Altro		

Dichiara inoltre che sono rispettati i requisiti minimi in materia di ambiente, igiene e benessere degli animali, limitatamente al settore produttivo in cui opera e che i terreni ed i fabbricati destinati all'allevamento sono di sua proprietà o ceduti in uso dal legittimo proprietario con regolare contratto di affitto, che si trovano in terreno agricolo e rispettano le distanze fissate dalle norme tecniche del piano regolatore comunale per le attività zootecniche.

Si impegna a comunicare ogni variazione dei dati entro il termine previsto dal Decreto Legislativo 134/2022.

Letto, confermato e sottoscritto.

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

SPAZIO RISERVATO ALL'AUTORITA' SANITARIA COMPETENTE PER L'ASSEGNAZIONE DEL CODICE AZIENDALE

IT \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Il Veterinario Dirigente Responsabile del procedimento

\_\_\_\_\_

N. protocollo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

