

**AL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO DELL'A.S.P. di RAGUSA tramite il S.U.A.P. del COMUNE di \_\_\_\_\_**

**RICHIESTA DI REGISTRAZIONE STABILIMENTO E DICHIARAZIONE ATTIVITA' DI APICOLTURA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

● **Ditta individuale denominata\*** \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ P. iva \_\_\_\_\_

con sede legale sita in: \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ recapito tel. \_\_\_\_\_

Pec\* \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ Cod. Destinatario SDI\* \_\_\_\_\_

● **Legale Rappresentante della ditta denominata\*** \_\_\_\_\_

Cod. Fisc./P. IVA \_\_\_\_\_ con sede legale sita in: \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ Pec\* \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ Cod. Destinatario SDI\* \_\_\_\_\_

**in qualità di OPERATORE dell'attività di apicoltura**

Tipologia attività	Modalità di allevamento	Classificazione apiari
<b>Produzione per commercializzazione/apicoltoe Professionista</b> (solo per attività superiori a N° 10 alveari) (Art. 3 Legge n.313 de 24-12-2004)	<input type="checkbox"/> apicoltura convenzionale  <input type="checkbox"/> apicoltura biologica (solo con contestuale presentazione della certificazione)	<input type="checkbox"/> stanziali  <input type="checkbox"/> nomadi
<input type="checkbox"/> Laboratorio smielatura	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Genere	Specie	Sottospecie			
Apis	Mellifera	<input type="checkbox"/> Ligustica	<input type="checkbox"/> Siciliana/Sicula	<input type="checkbox"/> Carnica	<input type="checkbox"/> Altro _____

**CHIEDE**

che lo stabilimento sito a \_\_\_\_\_ Via/C.da \_\_\_\_\_

Foglio \_\_\_\_\_ P.Ila \_\_\_\_\_ Sub. \_\_\_\_\_ Lat.. Nord | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | Long. Est | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

**VENGA REGISTRATO E LE VENGA ATTRIBUITO UN NUMERO DI CODICE AZIENDALE CONFORME A QUANTO PREVISTO DALLA NORMATIVA VIGENTE.**

**Dichiara che il PROPRIETARIO degli animali è** (da indicare nel caso in cui l'operatore non coincide con il proprietario degli animali):

● **Ditta individuale denominata\*** \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ P. iva \_\_\_\_\_

con sede legale sita in: \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ recapito tel. \_\_\_\_\_

Pec\* \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ Cod. Destinatario SDI\* \_\_\_\_\_

- **La Ditta** con sede legale sita in: \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Cod. Fisc./P. iva \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ di cui è legale rappresentante il Sig.  
 \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente nel comune di \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) Via/C.da \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ Pec\* \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ Cod. Destinatario SDI\* \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- di essere iscritto presso la seguente Associazione apistica \_\_\_\_\_;
- di possedere complessivamente n. \_\_\_\_\_ ALVEARI e n. \_\_\_\_\_ SCIAMI alla data del \_\_\_\_\_ così dislocati:
- che lo stabilimento ha una capacità strutturale (n° alveari /apiario) di n. \_\_\_\_\_

Apiario n.	Alveari n.	Nuclei n.	Comune	Località e Indirizzo	Coordinate geografiche (Latitudine e Longitudine in decimali)		Capacità Apiario
					Latitudine Nord	Longitudine Est	
					____,_____	____,_____	
					____,_____	____,_____	
					____,_____	____,_____	
					____,_____	____,_____	

Dichiara inoltre di: essere consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del d.p.r. 445/2000; essere informato che i dati personali forniti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione viene resa (art. 13 d.lgs. 196/2003).

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma dell'Operatore)

**SPAZIO RISERVATO ALL'AUTORITA' SANITARIA COMPETENTE**

**CODICE AZIENDALE ATTRIBUITO**

<b>IT</b>				<b>R</b>	<b>G</b>			
Ultime tre cifre codice ISTAT del Comune ove ha sede l'azienda			Sigla provincia ove ha sede l'azienda			Numero assegnato all'azienda		

Prot. _____ data _____	<b>IL VETERINARIO SSA RESPONSABILE DELLO STABILIMENTO</b> _____ TIMBRO E FIRMA	<b>IL VETERINARIO SIAPZ RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO</b> _____ TIMBRO E FIRMA
---------------------------	--	--