AL DIRETTORE DEL DISTRETTO VETERINARIO DELL’ATS DELLA CITTA’ METROPOLITANA DI MILANO

INDIRIZZO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_CITTA’

Oggetto: COMUNICAZIONE SPOSTAMENTO APIARI DOCUMENTO DI ACCOMPAGNAMENTO

(DECRETO DIRIGENZIALE MINISTERO DELLA SALUTE n. Prot 0027115 del 27/11/2017-ALLEGATO C)

Il sottoscritto ………………………………………… residente a ………………………………………

Via …………………………………………………………. Tel. ……………………………… in qualità

di proprietario degli alveari/dell’apiario sito nel Comune di …………………………...Prov. .…

Cod. aziendale IT…………………e-mail ………………………………………………………………

dichiara sotto la propria responsabilità i seguenti spostamenti:

**PER COMPRAVENDITA/IMPOLLINAZIONE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia** | **Quantità** | **Contrassegnati con i seguenti numeri identifi-cativi (solo per alveari e solo nei casi previsti)** | **Comune sede legale** |
| Alveari |  |  |  |
| Sciami / Nuclei |  |  |  |
| Pacchi d’api |  |  |  |

Destinati all’azienda\* del Sig. …………………………………………………………………………….

Cod. aziendale IT ………………………..….codice fiscale……...…………………………………….

Indirizzo sede legale………………………………………………………………………………………...

Comune……………………………………………..….Provincia………Data ………………………….

\*Apicoltore, grossista/distributore, agricoltore (in quest’ultimo caso va indicato il Codice Fiscale)

**PER NOMADISMO/ALTRO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **tipologia** | **quantità** | **Contrassegnati con i seguenti numeri identifi-cativi (solo per alveari e solo nei casi previsti)** | **Comune e località di destinazione e coordinate geografiche** |
| Alveari |  |  |  |
| Sciami / Nuclei |  |  |  |
| Pacchi d’api |  |  |  |

Dichiara, altresì, di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. n .196/03 novellato dal D.Lgs. n.101/18, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di acconsentire al trattamento degli stessi da parte di ATS.

Data ………………………………………………….. Firma ………………………………………………

Le presenti informazioni sono registrate direttamente in BDA ad opera del proprietario degli alveari o da persona delegata

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**ATTESTAZIONE SANITARIA**

**da compilare nei casi previsti**

Si attesta che l’apiario del Sig…………………………………………………………………………….

sito nel Comune di ………………………………………..………….. Prov. …………… Località ……………………………………………….via …………………………………………………..

Cod. aziendale IT…………………………………….

Coordinate geografiche…...………………………………………………………………………………

è sotto controllo sanitario e non è sottoposto a divieto di spostamento e/o vincoli o misure restrittive di Polizia Veterinaria.

Data ……………………… Il Veterinario Ufficiale ………………………..……….