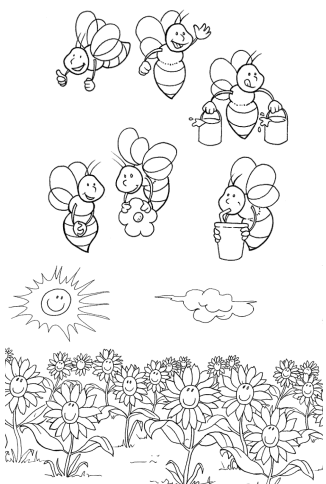


RICHIESTA LIBRETTO SANITARIO PER ALLEVAMENTI APISTICI

CODICE AZIENDALE:					
DENOMINAZIONE AZIENDA:					
SEDE APIARIO:					
NOMINATIVO TITOLARE:					
INDIRIZZO TITOLARE:					
TELEFONO:					
STANZIALE	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
NOMADE	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
AMATORIALE	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
PER FINI ECONOMICI	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
VENDITA DIRETTA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
VENDITA A INTERMEDIARI	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
APIARI	N°				
ALVEARI	N°				
NUCLEI	N°				
DATA:	FIRMA:				

Modulo da consegnare allo sportello per la preparazione del libretto sanitario degli allevamenti apistici e del registro farmaci.