* Spett.le S.C. Sanità Animale – ASL Oristano

Via Carducci, 35 – 09170 Oristano: tel. 0783 317767-72-69

Sede distrettuale di Ales: tel. 0783 91774

Sede distrettuale di Ghilarza: tel. 0785 560361

Mail: sc.sanitaanimale@asloristano.it

PEC: sanitaanimale.oristano@pec.asloristano.it

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ – CENSIMENTO APICOLTURA**

(Art. 47 D.P.R. 445/2000: stati, qualità personali o fatti a diretta conoscenza dell'interessato dichiarante)

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di [ ]  Proprietario [ ]  Detentore

dell’attività di apicoltura, Codice identificativo univoco dell’apicoltore **IT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

indirizzo sede legale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

premesso che la ASSL è stata delegata ad operare nella BDA, consapevole delle sanzioni penali in caso di attestazioni e dichiarazioni false e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti sulla base della dichiarazione non veritiera (articoli 75 e 76 - DPR 445/2000)

**DICHIARA**

**la consistenza e la dislocazione degli apiari posseduti (censimento annuale da effettuare nel periodo compreso tra il 1° novembre e il 31 dicembre di ogni anno)** (art. 5 Legge Regionale n. 19 del 24.07.2015 – art. 9 D.Lgs 134/2022)

Sottospecie allevata: [ ]  Ligustica [ ]  Siciliana/Sicula [ ]  Carnica [ ]  Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Modalità allevamento: [ ]  Apicoltura convenzionale [ ]  Apicoltura biologica

Data di rilevazione del “censimento annuale”: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Progressivo Apiario****N.** | **Stanziali o****Nomadi** | **Alveari****N.** | **Nuclei Sciami** **N.** | **Località** | **Comune** | **Latitudine** | **Longitudine** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |

Confezionamento del miele presso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere informato sulla protezione dei dati, in particolare che i dati personali raccolti saranno trattati per le finalità della presente dichiarazione e per le comunicazioni di sanità pubblica veterinaria (D.Lgs 196/2003 e Reg. UE 2016/679).

Data comunicazione alla ASL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto a riceverle.

Possono inoltre essere sottoscritte e inviate per posta, per fax e per via telematica unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 D.P.R. 445/2000).