

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(DPR 445/2000: stati, qualità personali o fatti a diretta conoscenza dell'interessato dichiarante)

**Servizio Sanità Animale** ASL Medio Campidano  
via Bologna n. 13 - 09025, Sanluri – via Montale 09036 Guspini  
Mail: [sanita.animale@aslmediocampidano.it](mailto:sanita.animale@aslmediocampidano.it)  
PEC: [sanita.animale@pec.aslmediocampidano.it](mailto:sanita.animale@pec.aslmediocampidano.it)

Il Sottoscritto, *premessi di aver delegato il Servizio Sanità Animale - ASL Medio Campidano ad operare in BDN per gli adempimenti di propria competenza, 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 (nel periodo compreso tra il 1 novembre e il 31 dicembre di ogni anno)

*D.lgs. 134/22 art. 9 comma 14 e punto 4.3 n°9 Allegato 1 al Decreto 7 marzo 2023 Manuale Operativo per la gestione del Sistema I&R*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente nel comune di \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

in qualità di  Proprietario  Operatore degli alveari

CODICE STABILIMENTO IT \_\_\_\_\_

DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ,

DI POSSEDERE ALLA DATA DEL \_\_\_\_\_ - ANNO \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ ALVEARI

ALVEARI STANZIALI		
COMUNE	LOCALITÀ	N° ALVEARI

ALVEARI NOMADI		
COMUNE	LOCALITÀ	N° ALVEARI

QUANTITATIVO DI MIELE PRODOTTO ANNATA PRECEDENTE IN QUINTALI \_\_\_\_\_

CONFEZIONAMENTO DEL MIELE PRESSO: \_\_\_\_\_

luogo e data \_\_\_\_\_

Il Proprietario/Operatore \_\_\_\_\_