**ALLEGATO A/1**

Regolamento (UE) n. 2021/2015.

Sottoprogramma apistico della Regione Campania per il periodo 2023/2027- Anno apistico 2024.

Forma Associata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ELENCO SOCI

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **Cognome e Nome** | **Codice Fiscale** | **Codice aziendale** | **N. di alveari registrati con il censimento annuale nella BDA\_R tra il 1° novembre ed il 31 dicembre**  **2022** | **Eventuali variazioni codice** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Data ……………………………**

**Firma del legale rappresentante**

**ALLEGATO A/2**

Regolamento (UE) n. 2021/2015.

Sottoprogramma apistico della Regione Campania per il periodo 2023/2027- Anno apistico 2024. Intervento \_\_\_\_\_\_ Azione \_\_\_\_\_

Forma Associata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Scheda di riepilogo di assegnazione e consegna

🞏 delle api regine

🞏 del farmaco veterinario o prodotto SOP

🞏 materiale per la conduzione dell’azienda apistica da riproduzione

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Apicoltore | Quantità assegnata | Quantità consegnata | Data consegna | Estremi del DDT |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| totale |  |  |  |  |

**Data ……………………………**

**Firma del legale rappresentante**

**ALLEGATO A/3**

Regolamento (UE) n. 2021/2015

Sottoprogramma apistico della Regione Campania per il periodo 2023/2027- Anno apistico 2024.

Alla Forma Associata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Oggetto: richiesta di adesione alle azioni.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, titolare/legale rappresentante dell’azienda apistica con Codice aziendale n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ assegnato dall’Azienda Sanitaria Locale (ASL) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di socio apicoltore della Forma associata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede di aderire alle azioni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del progetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Anno apistico 2024 predisposto in adesione al bando pubblico della Regione Campania approvato con Decreto Dirigenziale Regionale (50.07.15) n. \_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e pubblicato sul BURC n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per l'azione B.1. richiede l’acquisto di n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di farmaco veterinario o prodotto SOP (nome commerciale completo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nonché di n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ distributori di farmaci veterinari o prodotto SOP.

Per l'azione B.3. richiede l’acquisto di n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ api regine

Per l'azione B.3. richiede l’acquisto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna a corrispondere la quota di spesa non coperta da contributo pubblico.

La presente viene trasmessa via PEC o, in alternativa, consegnata a mano allegando copia del proprio documento di riconoscimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in corso di validità n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali), così come modificato dal D.Lgs. 101/2018 e dal Regolamento 2016/679/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27/04/2018 - entrato in vigore in tutti gli Stati membri il 25 maggio 2018 - che i dati personali raccolti sono trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di aver preso visione dell’Informativa per il trattamento dei dati personali resa disponibile sul Portale dell’Agricoltura della Regione Campania all’indirizzo web

http://www.agricoltura.regione.campania.it/api/apicoltura.html

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma