

Azienda \_\_\_\_\_ Cod. ASL \_\_\_\_\_  
 situata in \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
 sede legale \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Terreni a pascolo	
Comune	Titolo di conduzione*

\*P=proprietà;  
 A=affitto;  
 D=demaniale

Nota: Se lo spazio non è sufficiente allegare un documento che riporti i dati sopra richiesti.

Allevamento			
Razza	n. capi	media n. ovini in lattazione	media produzione latte (kg)

Integrazione alimentazione	
Indicazione tipologia somministrata	
1)	_____
2)	_____
3)	_____
4)	_____
5)	_____

Programma di pascolamento annuale			
Mese	intero**	dalla data (GG/MM)	alla data (GG/MM)
Gennaio			
Febbraio			
Marzo			
Aprile			
Maggio			
Giugno			
Luglio			
Agosto			
Settembre			
Ottobre			
Novembre			
Dicembre			

\*\* barrare con una "X" se applicabile (esclude conseguentemente le informazioni "dalla data - alla data")

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ consapevole delle conseguenze civili e penali per chi rende dichiarazioni non veritiere, dichiara sotto la sua responsabilità che le notizie fornite sono complete e conformi al vero.

\_\_\_\_\_  
(Località)

li \_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma del Legale  
Rappresentante)