

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)