



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato C determinazione n. 230 del 16.03.2018

Scheda di controllo ufficiale in apiario

Dati generali apicoltore e apiario

Cognome: Nome:

Indirizzo:

Comune:

Tel: E-mail:

Codice aziendale:

Apiario n° registrato in BDA non registrato data ultimo censimento..... n° alveari.....

n° alveari al momento del controllo.....

Apicoltore: Professionista Autoconsumo

L'apicoltore appartiene ad associazioni o organizzazioni nazionali/regionali di apicoltori? Sì No

Possiede titoli di formazione professionale in apicoltura? Sì No

Ha seguito corsi sulla salute delle api e/o apicoltura negli ultimi 3 anni? Sì No

Verifica documentale trattamenti

Registrazione dei trattamenti terapeutici Sì No

Documentazione di acquisto di farmaci anti Varroa Sì No

E' stato monitorato il grado di infestazione da Varroa negli ultimi 12 mesi? Sì No

Che tipo di monitoraggio ? Caduta naturale Disopercolatura celle Metodo zucchero a velo

Altro.....

Trattamenti acaricidi eseguiti

Alveari interessati: Tutti Numero.....

Specificare i trattamenti eseguiti negli ultimi 12 mesi.

Trattamenti	Data	Denominazione commerciale	Principi attivi	Posologia	Durata del trattamento



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Tecniche apistiche utilizzate per il controllo della *Varroa*

- Blocco di covata Formazione di nuclei Favo trappola
 Altro.....

Ispezione delle colonie

Situazione degli alveari sottoposti a controllo		
STATO DELLA FAMIGLIA		NOTE DEL CONTROLLORE
Condizioni generali	<input type="checkbox"/> molto debole <input type="checkbox"/> debole <input type="checkbox"/> forte <input type="checkbox"/> molto forte	
Presenza di varroe in fase foretica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Api con ali deformi	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Api con addome deforme/ piccolo/ atrofizzato	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Api morte all'interno delle celle	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Api morte sul fondo dell'alveare	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Presenza di numerose varroe nel cassetto diagnostico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

CRITERI DI NON CONFORMITA'	GIUDIZIO CONFORMITA'
Assenza di registrazione dei trattamenti antivarroa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Registrazioni insufficienti o con evidenti incongruenze	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Mancato rispetto dei tempi per il trattamento antivarroa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Mancata documentazione fiscale di acquisto dei farmaci	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Utilizzo di tecniche apistiche particolari che modificano la frequenza del numero dei trattamenti, in assenza di specifica procedura inserita nei manuali aziendali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Accertamento caso clinico grave di varroa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Rinvenimento all'interno degli alveari di sostanze non autorizzate	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

PRESCRIZIONI AZIONI CORRETTIVE E SANZIONI	
<i>PRESCRIZIONI / AZIONI CORRETTIVE</i>	
Regolarizzare la documentazione entro gg	Regolarizzare la situazione aziendale entro gg
L'azienda sarà oggetto di nuovo controllo, senza preavviso, per la verifica degli adempimenti prescritti	
<i>SANZIONI APPLICATE</i>	
Blocco movimentazioni: n° alveari interessati _____	Sanzione amministrativa/ pecuniaria
Esecuzione obbligatoria con acaricidi entro _____ gg	Applicazione art. 54 Reg. CE 882/2004
Denuncia Autorità Giudiziaria	Altro
NOTE/OSSERVAZIONI DEL CONTROLLORE :	
NOTE/OSSERVAZIONI DELL'APICOLTORE :	
PREAVVISO (max 48 ore) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> in data _____ ☐ Telefono ☐ Telegramma/lettera/fax ☐ Altra forma	
DATA PRIMO CONTROLLO _____	COGNOME E NOME DEL CONTROLLORE
FIRMA DELL'APICOLTORE _____	FIRMA DEL CONTROLLORE _____
VERIFICA ESECUZIONE PRESCRIZIONI / INTERVENTI CORRETTIVI	
<i>da effettuare dopo la scadenza del tempo assegnato e prima di rendere definitivo il risultato del controllo</i>	
PRESCRIZIONI / INTERVENTI CORRETTIVI ESEGUITI	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____ data verifica FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> SFAVOREVOLE <input type="checkbox"/>
NOTA: la mancata esecuzione da parte dell'Azienda delle Prescrizioni/Interventi correttivi comporta l'applicazione delle sanzioni previste.	
DATA CONTROLLO AZIONI CORRETTIVE _____	COGNOME E NOME DEL CONTROLLORE
FIRMA DELL'APICOLTORE _____	FIRMA DEL CONTROLLORE _____