

CONTROLLO IN APPLICAZIONE DEL PIANO REGIONALE DI LOTTA ALLA VARROA

SCHEDA CONTROLLO UFFICIALE N° _____

REGIONE del VENETO

AZ-ULSS N. _____

DISTRETTO DI _____

DATI AZIENDALI

AZIENDA_CODICE _____

DENOMINAZIONE _____

IT _____

INDIRIZZO SEDE LEGALE _____

COMUNE _____

PROV. _____

CAP _____

RAPPRESENTANTE DELL'AZIENDA PRESENTE AL SOPRALLUOGO

Sig. _____ nato a _____ il ___ / ___ / _____ residente a _____ via _____ n° _____

ATTIVITA' DI APICOLTURA REGISTRATA IN BDN SI NO

Stanziale Apicoltore Professionista

Nomade Apicoltore Autoconsumo

LA POSTAZIONE VISITATA E' REGISTRATA IN BDA? SI NO

APIARIO N° _____ LATITUDINE _____ LONGITUDINE _____

Numero apiari registrati in BDA _____

TOTALE ALVEARI EFFETTIVAMENTE PRESENTI NELL' APIARIO VISITATO n. _____

Totale alveari risultanti al censimento annuale (ultimo censimento ___/___/___ n° _____)

Selezionare il criterio di rischio utilizzato per la selezione dell'allevamento sottoposto a controllo

(selezionare una sola delle opzioni disponibili)

- attività di apicoltura di professionista
- attività di apicoltura autoconsumo
- implicazioni per la salute animale, precedenti Focolai
- indagine relativa all'igiene degli allevamenti
- altre indagini degli organi di polizia giudiziaria
- non conformità rilevata anni precedenti
- altro (random etc.)

Prima del sopralluogo esaminare la documentazione sulla tenuta delle registrazioni dei medicinali veterinari per il trattamento antivarroa utilizzati almeno negli ultimi 12 mesi

VERIFICA DOCUMENTALE PIANO REGIONALE DELLA VARROA

VERIFICA	Giudizio di conformità	Evidenze raccolte
E' PRESENTE IL REGISTRO DEI TRATTAMENTI TERAPEUTICI PREVISTO DALL'ART. 79 D.LVO N° 193/2006 ?	<input type="checkbox"/> SI	
	<input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> NA	
IL TRATTAMENTO ANTIVARROA AUTUNNALE- INVERNALE E' STATO REGISTRATO ?	<input type="checkbox"/> SI	
	<input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> NA	

IL TRATTAMENTO ANTIVARROA ESTIVO E' STATO REGISTRATO ?	<input type="checkbox"/> SI		
	<input type="checkbox"/> NO		
	<input type="checkbox"/> NA		
EVENTUALI TRATTAMENTI ANTIVARROA AGGIUNTIVI	<input type="checkbox"/> SI		
	<input type="checkbox"/> NO		
	<input type="checkbox"/> NA		
SONO PRESENTI I DOCUMENTI DI ACQUISTO DEI FARMACI ANTIVARROA?	<input type="checkbox"/> SI		
	<input type="checkbox"/> NO		
	<input type="checkbox"/> NA		
E' REGISTRATO IL NOME COMMERCIALE DEI FARMACI UTILIZZATI ?	<input type="checkbox"/> SI		
	<input type="checkbox"/> NO		
	<input type="checkbox"/> NA		
LA REGISTRAZIONE DEI TRATTAMENTI E' EFFETTUATA IN DOCUMENTI DIVERSI DAL REGISTRO DEI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI DI CUI AL D.Lvo 158/06 e 193/06 (MANUALE BUONA PRASSI, AUTOCONTROLLO, REGISTRO DEL BIOLOGICO ETC)?	<input type="checkbox"/> SI		
	<input type="checkbox"/> NO		
	<input type="checkbox"/> NA		
NEL REGISTRO/ DOCUMENTAZIONE SONO INDICATE LE DATE DI INIZIO E DI FINE TRATTAMENTI ?	<input type="checkbox"/> SI		
	<input type="checkbox"/> NO		
	<input type="checkbox"/> NA		
I TRATTAMENTI SONO STATI EFFETTUATI SU TUTTI GLI ALVEARI DELL'APIARIO VISITATO <input type="checkbox"/> TUTTE <input type="checkbox"/> Numero _____			
ALVEARI TRATTATI	<input type="checkbox"/> TRATT. AUTUNNO-INVERNO	<input type="checkbox"/> TRATT. ESTIVO	<input type="checkbox"/> TRATT. AGGIUNTIVO
— motivo del trattamento			
— farmaco utilizzato			
— modalità di somministrazione			
— quantità di farmaco somministrato			
— data inizio trattamento			
— durata trattamento			
Tecniche apistiche utilizzate per il controllo della VARROA nell'azienda: <input type="checkbox"/> BLOCCO DI COVATA <input type="checkbox"/> FORMAZIONE DI NUCLEI			
<input type="checkbox"/> FAVO TRAPPOLA			
ALVEARI INTERESSATI NELL'APIARIO VISITATO	<input type="checkbox"/> TUTTE Numero _____		
— tipo di intervento			
— motivo dell'intervento			
— data dell'intervento			
— durata dell'intervento (in giorni)			
Situazione degli alveari sottoposti a controllo:			
stato della famiglia	RACCOLTA EVIDENZE	NOTE DEL CONTROLLORE	
— condizioni generali			
estinta			
riunita			
molto debole			
debole			
forte			
molto forte			
— presenza della regina			
— presenza delle reali (quante)			
— presenza di fuchi			
— numero telaini coperti di api			
— numero telaini di covata			
— caratteristiche della covata:	RACCOLTA EVIDENZE	NOTE DEL CONTROLLORE	
Continua/discontinua			
Opercolata			
Fresca			
Presenza di covata maschile			
Assente			
— attività di volo			

VERIFICA ESECUZIONE PRESCRIZIONI / INTERVENTI CORRETTIVI

da effettuare dopo la scadenza del tempo assegnato e prima di rendere definitivo il risultato del controllo

PRESCRIZIONI / INTERVENTI CORRETTIVI ESEGUITI

SI

NO

_____ data verifica

FAVOREVOLE

SFAVOREVOLE

NOTA: la mancata esecuzione da parte dell'Azienda delle Prescrizioni/Interventi correttivi comporta l'applicazione delle sanzioni previste.

DATA CONTROLLO AZIONI CORRETTIVE _____

FIRMA DELL'APICOLTORE

COGNOME E NOME DEL CONTROLLORE

_____ FIRMA DEL CONTROLLORE