**Programa Apícola Nacional 2020-2022**

Ano Apícola

**Medida 2 – Luta contra os agressores e as doenças das colmeias, em particular a Varroose**

**Ação 2.1 – Luta Contra a Varroose**

**Termo de Entrega ao Apicultor – Medicamento/Ceras**

N.º do Termo

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I - Identificação do Beneficiário** | | | | | | |
| Nome / Denominação Social | |  | | | | |
| NIF / NIPC |  | |  | NIFAP |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II – O Apicultor** | | | | | | | | | | | |
| **II.I - Identificação do Apicultor** | | | | | | | | | | | |
| NIF | | |  | NIFAP |  | | | Nº de Apicultor | |  | |
| Nome | |  | | | | | | | | | |
| **II.II - Identificação do Medicamento** | | | | | | | | | | | |
| Declaro que recebi: | | | | | | | | | | | |
| Nº de Colmeias a tratar | Nome do medicamento | | | | | Data de validade | Número de lote | | Tipo de embalagem | | Nº de embalagens |
|  |  | | | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | | | |  |  | |  | |  |

|  |
| --- |
| **Declaro** que as ceras são substituídas  (*indicar a periodicidade*)  Última substituição em  /  (indicar mês/ano), proveniente de:  comerciante (identificar Nº)  próprio(s) apiário(s)  No caso específico dos da RA dos Açores, foi feita esterilização das ceras antes de introdução nas colmeias, em:  /  (indicar mês/ano) |

|  |
| --- |
| **Declaro** que é feita a adequada higiene e regular desinfeção do material apícola, bem como a limpeza de estrados  (*indicar a periodicidade*) de acordo com a metodologia preconizada no Plano Sanitário da Organização de Produtores / Associação / Cooperativa (*riscar o que não interessa*) |

Local e data: ,  de  de

O Apicultor O Beneficiário

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura) (Nome Legível)

O seu representante, na qualidade de:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura) (Assinatura e Carimbo)

**PROGRAMA APÍCOLA NACIONAL**

**Medida 2A – Luta Integrada Contra a Varroose**

**Termo de Entrega ao Apicultor - Medicamento**

**Instruções de Preenchimento**

**Ano 20\_\_\_**: Identificar a campanha a que respeita.

N.º do Termo – preencher com um número sequencial, por ordem de entrega.

**I – Identificação do Beneficiário**

Todos os campos deste quadro devem ser obrigatoriamente preenchidos pelo beneficiário.

**II – O Apicultor**

**II.I – Identificação do Apicultor**

Todos os campos deste quadro devem ser obrigatoriamente preenchidos pelo beneficiário.

**II.II – Identificação do Medicamento**

Deve ser assinalado, pelo Beneficiário, o nome do medicamento entregue, o respetivo tipo de embalagem (saqueta, saco, etc.), o número de embalagens entregue e o número de colmeias a tratar.

O Apicultor/ Beneficiário/Procurador(es)/Representante(s) Legal(ais), após confirmação dos dados, deve assinar o formulário nos espaços existentes para o efeito.

Os Beneficiários pessoa coletiva, deverão ainda apor a data e o respetivo carimbo ou selo branco.