



<b>Proprietario - Cognome :</b>		<b>Nome :</b>	
<b>Indirizzo :</b>		<b>Identificazione delle arnie :</b>	
<b>NPA :</b>	<b>Luogo :</b>	<b>Tel. :</b>	<b>Email :</b>
<b>Materiale da esaminare :</b> <input type="checkbox"/> Api <input type="checkbox"/> Favi di covata <input type="checkbox"/> Scorie (sottofondi) <input type="checkbox"/> Altro  Prelievo, il :		<b>Apiario :</b> NPA : _____ Luogo : _____ Località : _____ Quantità di arnie : _____ Osservazioni : _____	
<b>Esame richiesto :</b> <input type="checkbox"/> Peste americana		<input type="checkbox"/> Peste europea	<input type="checkbox"/> Aethina tumida
<b>Acariosi :</b> <input type="checkbox"/> Varroa destructor		<input type="checkbox"/> Acarapis woodi (Acariosi delle trachee)	<input type="checkbox"/> Tropilaelaps spp.
<u>Anamnesi - trattamento - diagnosi probabile - richiesta particolare</u>			
Informazioni supplementari a tergo <input type="checkbox"/>			
N°	Identificazione dei campioni (se necessario)	Osservazioni corrispondenti	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
<b>Mittente (mandante) - Cognome :</b>		<b>Nome :</b>	
<b>Indirizzo :</b>		<b>NPA :</b>	<b>Luogo :</b>
<b>Tel. :</b>		<b>Email :</b>	<b>Telefonino :</b>
<b>Ispettore (-trice) :</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		<b>Distretto :</b>	

Su ordine  
dell'Ufficio veterinario

Fattura a :  
Copia a :

Data :

Firma dell'ispettore  
(-trice) :