	Documento: Questionario per l'invio del preventivo SQNBA	Cod. documento: QIP_SQNBA	Redatto da: RCO
		N° e data revisione: 00 del 29/11/2024	Verificato da: DTO
			Approvato da: DTO
		Pagina 1 di 4	

**QUESTIONARIO PER LA RICHIESTA DI PREVENTIVO  
"SISTEMA NAZIONALE DI BENESSERE ANIMALE SQNBA"**


CERTIFICAZIONE PRODUZIONE PRIMARIA - ALLEVAMENTO	
<b>Ragione sociale</b>	
<b>Indirizzo sede legale</b>	Via/Piazza _____, N° _____ CAP _____, Città _____ (PROV.) _____
<b>Partita IVA</b>	
<b>Codice fiscale</b>	
<b>N. unico di registrazione della BDN</b>	
<b>N. stabilimenti</b>	
<i>Indirizzo stabilimenti</i>	
<b>Nome del veterinario aziendale</b>	Mail:
	Telefono:
<b>Tipo di certificazione</b>	<input type="checkbox"/> Singola <input type="checkbox"/> Gruppo <i>Se di gruppo, indicare gli aderenti a pag. 3</i>
<b>Vendita diretta dei prodotti certificati SQNBA in azienda</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<b>Disciplinare/i</b>	<input type="checkbox"/> Disciplinare bovini da latte in stalla <input type="checkbox"/> Disciplinare bovini da carne allevati in stalla <input type="checkbox"/> Disciplinare bovini da carne/latte in allevamento familiare <input type="checkbox"/> Disciplinare bovini da carne/latte allevati con ricorso o integralmente al pascolo <input type="checkbox"/> Suini da ingrasso allevati all'aperto
<b>N. capi</b>	
<b>UBA</b>	

Data

Firma dell'Organizzazione richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	Documento: Questionario per l'invio del preventivo SQNBA	Cod. documento: QIP_SQNBA	Redatto da: RCO
		N° e data revisione: 00 del 29/11/2024	Verificato da: DTO
			Approvato da: DTO
		Pagina 2 di 4	

<b>CERTIFICAZIONE SETTORE ALIMENTARE - FILIERA</b>	
<b>Tipo di certificazione</b>	<input type="checkbox"/> Singola  <input type="checkbox"/> Gruppo
<b>Se in forma singola, indicare:</b>	Ragione sociale: _____  Indirizzo sede legale: _____  PI/CF: _____  Numero di stabilimenti: _____  Indirizzo di ogni stabilimento: _____  Tipo di attività: _____  Tipologia di prodotto: _____  Numero di riconoscimento stabilimento ( <i>Approval Number</i> ) o protocollo notifica attività alle autorità competenti _____
<b>Se di gruppo, indicare:</b>	Numero di aderenti ( <u>compilare lista a pag. 4</u> ): _____  Nome persona fisica o giuridica che gestisce il gruppo: _____  Indirizzo: _____
<b>Descrizione filiera:</b>	
Posizione e ruolo nella catena produttiva	
Fasi di interesse nella filiera coinvolta	
Descrizione dell'attività e dei volumi trattati	
Numero e tipo di prodotti	
Elenco fornitori	


**Data**

**Firma dell'Organizzazione richiedente**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



	Documento: Questionario per l'invio del preventivo SQNBA	Cod. documento: QIP_SQNBA	Redatto da: RCO
		N° e data revisione: 00 del 29/11/2024	Verificato da: DTO
			Approvato da: DTO
			Pagina 4 di 4

CERTIFICAZIONE DI GRUPPO - ELENCO SOCI/ADERENTI per operatori del settore alimentare				
Ragione sociale	P.IVA/CF	Numero di riconoscimento dello stabilimento (Approval Number) o protocollo notifica attività alle autorità competenti	Stabilimenti e indirizzo	Attività svolta

Data

Firma dell'Organizzazione richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_