



5° anno di impegno (15 Settembre 2015 - 14 Settembre 2016)

Ditta		C.U.A.A.	
Località	-	N. Domanda	
Codice A.S.L.			

CONTROLLO DELLE AFFEZIONI PODALI

Mese: N° tot. capi positivi: N° foglio.....

[illegible]

Firma del beneficiario: