



REGIONE LIGURIA
REGISTRO DELLE OPERAZIONI COLTURALI E
REGISTRO DI MAGAZZINO

Mod. A
(da compilare per tutti)

Pag 1 di ____

1. ANAGRAFICA

COGNOME NOME o RAGIONE SOCIALE

DATA DI NASCITA

COMUNE DI NASCITA

PROV.

CODICE FISCALE (CUAA)

PARTITA IVA

DOMICILIO O SEDE LEGALE:

INDIRIZZO e NUMERO CIVICO

COMUNE

CAP

PROV

PEC

E-MAIL

TELEFONO

2. UBICAZIONE AZIENDA (solo se diversa da domicilio o sede legale)

VIA e NUMERO CIVICO

COMUNE

CAP

PROV

3. RAPPRESENTANTE LEGALE (solo se titolare è persona giuridica)

COGNOME NOME

DATA DI NASCITA

COMUNE DI NASCITA

PROV.

FIRMA DEL RESPONSABILE AZIENDALE

FIRMA DEL DELEGATO AZIENDALE (eventuale)



REGIONE LIGURIA
REGISTRO DELLE OPERAZIONI COLTURALI

SCHEDA DATI COLTURALI

Mod. DC/1

(da compilare solo dai
beneficiari misura 10.1.1 e da
chi aderisce a SQNPI)

Pag 1 di ____

ANNO _____

ESTENSIONE SUPERFICI COMPLESSIVE AZIENDALI (MQ):	GLI APPEZZAMENTI SONO ACCORPATI? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE SI, QUANTI CORPI?	PRESENZA COLTURE PROTETTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
TERRENO TERRAZZATO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PENDENZA: P SE INFERIORE AL 10%; C= SE COMPRESA TRA 10 E 30 % M= SE MAGGIORE DI 30 % P <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
PRESENZA DI IMPIANTO IRRIGUO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SE SI, QUALE?		
FUORI SUOLO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
COLTURA	TIPOLOGIA SUBSTRATO (NOME COMMERCIALE)	CARATTERISTICHE CHIMICHE	NOTE

FIRMA DEL RESPONSABILE AZIENDALE

FIRMA DEL DELEGATO AZIENDALE (eventuale)



REGIONE LIGURIA
REGISTRO DELLE OPERAZIONI COLTURALI

SCHEDA DATI COLTURALI

Mod. DC/2

(da compilare solo dai beneficiari
misura 10.1.1, 10.1.2 e da chi
aderisce a SQNPI)

Pag 1 di ____

ANNO _____

IDENTIFICATIVO (ID) DEI CAMPI E DELLE COLTURE

Se fattibile, individuare l'unità omogenea per coltura e interventi fitosanitari; (per es. pesco 1 = tutti i pescheti sottoposti agli stessi interventi fitosanitari quali fungicidi, insetticidi, erbicidi)

ID CAMPO (1)	COLTURA	PARTICELLE	SUPERFICIE (HA)	DATA IMPIANTO/SEMINA/TRAPIANTO	DATA INIZIO FIORITURA (1)	DATA INIZIO RACCOLTA

(1) si deve inserire la data di inizio fioritura della varietà che raggiunge tale fase o comunque della varietà più rappresentativa all'interno dell'apezzamento

Solo per colture erbacee: TABELLA SUCCESSIONE COLTURALE

ANNO	COLTURA PRINCIPALE	COLTURE SECONDARIE
In corso		
Anno precedente		

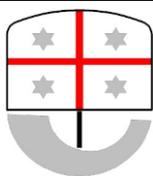
Per colture che hanno intervalli di non ritorno superiori all'anno è necessario indicare le precessioni avvenute.

Solo per prati e pascoli:

ID CAMPO (1)	COLTURA		SUPERFICIE (HA)
DATA DI SEMINA	DATA INIZIO PASCOLAMENTO	DATA FINE PASCOLAMENTO	NUMERO UBA AL PASCOLO

FIRMA DEL RESPONSABILE AZIENDALE

FIRMA DEL DELEGATO AZIENDALE (eventuale)



REGIONE LIGURIA
REGISTRO DELLE OPERAZIONI COLTURALI

SCHEDA REGISTRAZIONE TRATTAMENTI FITOSANITARI

Mod. RT-
CONDIZIONALITA'
(da compilare solo da chi
deve sottostare alla
condizionalità)

Pag 1 di ____

ANNO _____

DATA	DENOMINAZIONE COLTURA	SUPERFICIE	AVVERSITA'	PRODOTTO FITOSANITARIO (nome commerciale)	QUANTITA' (l o kg)	FASE FENOLOGICA (1)	NOTE	EVENTUALE FIRMA CONTOTERZISTA

Il registro deve essere aggiornato con i trattamenti effettuati entro il periodo della raccolta e comunque non più tardi di trenta giorni dall'esecuzione del trattamento stesso.

(1) non è obbligatorio riportare la fase fenologica ma è consigliato

Certificato di abilitazione all'acquisto e all'utilizzo dei prodotti fitosanitari (2)

intestato a	Rilasciato da	Scadenza

(2) i dati richiesti in questa tabella devono essere compilati dagli utilizzatori dei prodotti fitosanitari

FIRMA DEL RESPONSABILE AZIENDALE

FIRMA DEL DELEGATO (eventuale)

(da apporre solo nel caso in cui l'utilizzatore non sia anche il titolare dell'azienda)



REGIONE LIGURIA
REGISTRO DELLE OPERAZIONI COLTURALI
SCHEDA REGISTRAZIONE INTERVENTI DI CONCIMAZIONE

Mod. RC
(da compilare solo dai
beneficiari misura 10.1.1,
10.1.2 e da chi aderisce
a SQNPI)

Pag 1 di _____

ANNO _____

Compilare una scheda per ANNO

DATA	ID CAMPO (1) - COLTURA	PARTICELLE INTERESSATE (se diverse da ID campo)	SUPERFICI (HA)	FERTILIZZANTE (nome commerciale)	FASE FENOLOGICA (2)	QUANTITA' DISTRIBUITA (3) (kg o l)	TITOLO % di			MODALITA' DI DISTRIBUZIONE (4)	NOTE
							N	P	K		

(1) Se fattibile individuare l'unità omogenea per coltura e interventi: per es. "pesco 1" = tutti i pescheti sottoposti agli stessi interventi colturali e/o fitosanitari

(2) Quando possibile, altrimenti indicare se l'intervento avviene in presemina o all'impianto nel caso di colture arboree.

(3) Si indica la quantità complessivamente impiegata sulla superficie totale della coltura riportata nell'ID. Se si esegue un intervento parziale nella colonna note va indicato, specificando su quale appezzamento è stato eseguito (es. solo su n. 1 e 3, oppure tutti escluso 2 e 4).

(4) Scegliere tra: alla lavorazione, localizzata alla semina, in copertura (opp aratura, erpicatura, sarchiatura, non interrimento), fertirrigazione per aspersione (o a pioggia), fertirrigazione a goccia

FIRMA DEL RESPONSABILE AZIENDALE

FIRMA DEL DELEGATO AZIENDALE (eventuale)



REGIONE LIGURIA
REGISTRO DELLE OPERAZIONI COLTURALI
SCHEMA REGISTRAZIONE ALTRE OPERAZIONI COLTURALI

Mod. RO
(da compilare solo dai
beneficiari misura 10.1.1,
10.1.2 e da chi aderisce a
SQNPI)

Pag 1 di _____

ANNO _____

Compilare una scheda per ANNO

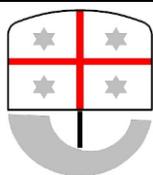
DATA	IDENTIFICATIVO CAMPO (1) - COLTURA	PARTICELLE INTERESSATE (se diverse da identificativo campo)	SUPERFICIE (HA)	TIPO DI OPERAZIONE (2)	NOTE

(1) Come da scheda DC/2 (unità omogenea per coltura e interventi: per es. "pesco 1" = tutti i pescheti sottoposti agli stessi interventi colturali)

(2) Lavorazioni del terreno sovescio, inerbimento, sfalcio, solchi acquai, avvicendamenti, ecc ...

FIRMA DEL RESPONSABILE AZIENDALE

FIRMA DEL DELEGATO AZIENDALE(eventuale)



REGIONE LIGURIA
REGISTRO DELLE OPERAZIONI COLTURALI

SCHEDA REGISTRAZIONE TRATTAMENTI FITOSANITARI

Mod. RF

(da compilare solo dai
beneficiari misura 10.1.1
e da chi aderisce a
SQNPI)

Pag 1 di _____

ANNO _____

Compilare una scheda per ANNO

DATA	ID. CAMPO (1)	AVVERSITA'	PRODOTTO FITOSANITARIO (nome commerciale)	PRINCIPIO ATTIVO	QUANTITA' (l o kg)(2)	DOSE kg o l/ha	Volume ACQUA (q/ha) (3)	FASE FENOLOGICA	GIUSTIFICATIVO DEL TRATTAMENTO (4)	FIRMA CONTOTERZISTA

(1) Come da scheda DC/2

(2) Si indica la quantità complessivamente impiegata sulla superficie totale della coltura riportata nell'ID. Se si esegue un intervento parziale nella colonna note va indicato, specificando su quale appezzamento è stato eseguito (es. solo su n. 1 e 3, oppure tutti escluso 2 e 4).

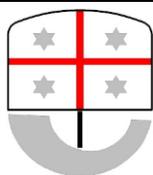
(3) E' obbligatorio inserirlo quando la dose in etichetta è espressa in ml o g/hl.

(4) Indicare ad es. il n° di catture per trappola, il superamento della soglia d'intervento, le indicazioni dei tecnici che giustificano il trattamento, rilievi eseguiti.

Le registrazioni devono essere effettuate entro 30 giorni dall'esecuzione delle operazioni e il registro va conservato almeno per i 3 anni successivi a quello cui si riferiscono gli interventi annotati, per gli agricoltori che aderiscono alle misure del PSR- produzione integrata si deve conservare (insieme alle fatture e ai moduli, questi ultimi obbligatori solo per i prodotti acquistati prima del 25/11/2015) per almeno un anno oltre il termine del quinquennio d'impegno (6 ANNI).

FIRMA DEL RESPONSABILE AZIENDALE

FIRMA DEL DELEGATO AZIENDALE (eventuale)



REGIONE LIGURIA
REGISTRO DELLE OPERAZIONI COLTURALI
SCHEDA REGISTRAZIONE INTERVENTI IRRIGUI

Mod. RI
(da compilare solo dai
beneficiari misura 10.1.1 e
da chi aderisce a SQNPI)

Pag 1 di ____

ANNO _____

Compilare una scheda per ANNO

DATO PLUVIOMETRICO DA (barrare casella): CAPANNINA AZIENDALE - DATI AGROMETEO REGIONALI - ALTRI DATI METEO UFFICIALI
(SPECIFICARE) _____

METODO (barrare casella): ASPERSIONE - SCORRIMENTO - ALTRO (SPECIFICARE) _____

DATA	IDENTIFICATIVO CAMPO (1) - COLTURA	PARTICELLE INTERESSATE (se diverse da identificativo campo)	SUPERFICIE (HA)	VOLUME INTERVENTO IRRIGUO (m3)	DATO PLUVIOMETRICO

(1) Come da scheda DC/2 (unità omogenea per coltura e interventi: per es. "pesco 1" = tutti i pescheti sottoposti agli stessi interventi colturali)

METODO MICROIRRIGAZIONE (barrare casella): GOCCIA - A SPRUZZO ALTRO (SPECIFICARE) _____

IDENTIFICATIVO CAMPO (1) - COLTURA	PARTICELLE INTERESSATE (se diverse da identificativo campo)	SUPERFICIE (HA)	DATA INIZIO	DATA FINE	VOLUME TOTALE (m3)

(1) Come da scheda DC/2 (unità omogenea per coltura e interventi: per es. "pesco 1" = tutti i pescheti sottoposti agli stessi interventi colturali)

FIRMA DEL RESPONSABILE AZIENDALE

FIRMA DEL DELEGATO AZIENDALE (eventuale)



REGIONE LIGURIA
REGISTRO DI MAGAZZINO

SCHEDA di MAGAZZINO PRODOTTI FITOSANITARI

Mod. MF/1

(da compilare solo dai
beneficiari misura 10.1.1
e da chi aderisce a
SQNPI)

Pag 1 di ____

ANNO _____

Compilare una scheda per ANNO

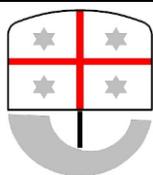
NOME COMMERCIALE PRODOTTO	PRINCIPIO ATTIVO	GIACENZA INZIALE AL 01/01/____ (kg o l)	ACQUISTO (CARICO MAGAZZINO)			UTILIZZO (SCARICO MAGAZZINO)		GIACENZA FINALE AL 31/12/____ (kg o l)	NOTE
			DATA	QUANTITA'(kg o l)	N° DOCUMENTO FISCALE	DATA	QUANTITA' (kg o l)		

Se sono presenti corpi aziendali separati e più magazzini è necessario compilare una scheda per ciascun magazzino presente nell'azienda. In caso di trasferimento di prodotti fra i diversi magazzini deve essere disponibile la documentazione idonea a rendere possibile la verifica di tali movimenti.

Il titolare dell'azienda deve conservare in modo idoneo per un periodo di almeno 3 anni le fatture di acquisto dei prodotti fitosanitari, nonché la copia dei moduli di acquisto (obbligatori per i soli prodotti acquistati prima del 25/11/2015) dei prodotti con classificazione di pericolo molto tossico, tossico e nocivo. Gli agricoltori che aderiscono alle misure del PSR- produzione integrata devono conservare fatture e moduli per almeno un anno dopo il termine del quinquennio d'impegno (6 ANNI almeno).

FIRMA DEL RESPONSABILE AZIENDALE

FIRMA DEL DELEGATO AZIENDALE (eventuale)



REGIONE LIGURIA
REGISTRO DI MAGAZZINO

SCHEDA di MAGAZZINO FERTILIZZANTI

Mod. MF/2

(da compilare solo dai
beneficiari misura 10.1.1,
10.1.2 e da chi aderisce a
SQNPI)

Pag 1 di _____

ANNO _____

Compilare una scheda per ANNO

NOME COMMERCIALE FERTILIZZANTE	TITOLO (%)			GIACENZA INZIALE AL 01/01/_____ (kg o l)	ACQUISTO (CARICO MAGAZZINO)			UTILIZZO (SCARICO MAGAZZINO)		GIACENZA FINALE AL 31/12/_____ (kg o l)	NOTE
	N	P	K		DATA	QUANTITA'(kg o l)	N° DOCUMENTO FISCALE	DATA	QUANTITA' (kg o l)		

Se sono presenti corpi aziendali separati e più magazzini è necessario compilare una scheda per ciascun magazzino presente nell'azienda. In caso di trasferimento di prodotti fra i diversi magazzini deve essere disponibile la documentazione idonea a rendere possibile la verifica di tali movimenti.

Il titolare dell'azienda deve conservare in modo idoneo per un periodo di almeno 3 anni le fatture di acquisto dei prodotti. Gli agricoltori che aderiscono alle misure del PSR- produzione integrata devono conservare i documenti fiscali per almeno un anno oltre il termine del quinquennio d'impegno (6 ANNI almeno).

FIRMA DEL RESPONSABILE AZIENDALE

FIRMA DEL DELEGATO AZIENDALE (eventuale)



**REGIONE LIGURIA
REGISTRO DI MAGAZZINO**

SCHEDA di MAGAZZINO MATERIALI DI PROPAGAZIONE E SEMENTI

Mod. MS

**(da compilare solo dai
beneficiari misura
10.1.1 e da chi aderisce
a SQNPI)**

Pag 1 di ____

ANNO _____

Compilare una scheda per ANNO

TIPO MATERIALE/SEMENE/ VARIETA'	DATA CARICO	QUANTITA'	N° DOCUMENTO COMMERCIALE/ CERTIFICATO/LOTTO	DATA DI UTILIZZO (DI SCARICO)	QUANTITA'	NOTE

Se sono presenti corpi aziendali separati e più magazzini è necessario compilare una scheda per ciascun magazzino presente nell'azienda. In caso di trasferimento di prodotti fra i diversi magazzini deve essere disponibile la documentazione idonea a rendere possibile la verifica di tali movimenti.

Il titolare dell'azienda deve conservare in modo idoneo per un periodo di almeno 3 anni le fatture di acquisto dei prodotti. Gli agricoltori che aderiscono alle misure del PSR- produzione integrata devono conservare le fatture per almeno un anno oltre il termine del quinquennio d'impegno (6 ANNI almeno).

FIRMA DEL RESPONSABILE AZIENDALE

FIRMA DEL DELEGATO AZIENDALE (eventuale)

	REGIONE LIGURIA REGISTRO DELLE OPERAZIONI COLTURALI SCHEDA INFORMAZIONI SU "REQUISITI MINIMI PER L'USO DI PRODOTTI FITOSANITARI"	Mod. MRQ/1 <i>(da compilare solo dai beneficiari misura 10.1.1 e da chi aderisce a SQNPI)</i> Pag 1 di ____
---	---	--

Certificato di abilitazione all'acquisto e all'utilizzo dei prodotti fitosanitari

intestato a.....

Rilasciato da

Scadenza.....

Controllo funzionale delle macchine irroratrici

1) Macchina irroratrice tipologia.....

Certificato n.....

Rilasciato dail.....

Centro Prova riconosciuto dalla Regione.....

Tecnico abilitato sig:.....

Iscritto all'Albo dei tecnici abilitati della Regione.....n.....

2) Macchina irroratrice tipologia

Certificato n.....

Rilasciato dail.....

Centro Prova riconosciuto dalla Regione.....

Tecnico abilitato sig:.....

Iscritto all'Albo dei tecnici abilitati della Regione.....n.....

Regolazione o taratura strumentale delle macchine irroratrici

Macchina irroratrice tipologia

Certificato n.....

Rilasciato dail.....

Centro Prova riconosciuto dalla Regione.....

Tecnico abilitato sig:.....

Iscritto all'Albo dei tecnici abilitati della Regione.....n.....

Volumi di irrorazioni da impiegare per le diverse colture.....

.....

.....

.....

FIRMA DEL RESPONSABILE AZIENDALE

FIRMA DEL DELEGATO AZIENDALE (eventuale)

	<p>REGIONE LIGURIA REGISTRO DELLE OPERAZIONI COLTURALI</p> <p>SCHEDA INFORMAZIONI SU "REQUISITI MINIMI PER L'USO DI PRODOTTI FITOSANITARI"</p>	<p>Mod. MRQ/2 <i>(da compilare solo dai beneficiari misura 10.1.1 e da chi aderisce a SQNPI)</i></p> <p>Pag 1 di ____</p>
---	---	--

MANUTENZIONE PERIODICA DELLE MACCHINE IRRORATRICI
CHECK LIST DEI CONTROLLI TECNICI MINIMI DA EFFETTUARE
(VERIFICA VISIVA + TEST DI FUNZIONALITA', SE NECESSARIO)

Controlli tecnici periodici e manutenzione (a carico dell'utilizzatore professionale di prodotti fitosanitari):

- Assenza lesioni visibili o perdite di componenti della macchina [ok]
- Funzionalità generale circuito idraulico e del manometro (la macchina eroga correttamente) [ok]
- Funzionalità regolatore e gruppo comando erogazione (i comandi per la regolazione della pressione e per aprire e chiudere le sezioni di barra funzionano correttamente) [ok]
- Funzionalità pompa [ok]
- Funzionalità sistema di agitazione [ok]
- Il manometro è presente, visibile dal posto di guida e integro (es. vetro, glicerina, lancetta) [ok]
- Il manometro risponde alle variazioni di pressione [ok]
- Tutti gli ugelli erogano correttamente [ok]
- Antigoccia presenti (su tutti gli ugelli) e funzionanti [ok]
- Pulizia filtri e ugelli [ok]
- Presenza dispositivi di protezione del cardano e del ventilatore [ok]
- Integrità dispositivi di protezione del cardano e del ventilatore [ok]
- Data esecuzione verifica

FIRMA DEL RESPONSABILE AZIENDALE

FIRMA DEL DELEGATO AZIENDALE (eventuale)
