



|                                                                                                                                                   |          |          |          |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|-----|
| REGISTRO CONSULENZE                                                                                                                               |          |          |          |     |
| Domanda di sostegno: ID _____                                                                                                                     |          |          |          |     |
| DATA INIZIO CONSULENZA: _____                                                                                                                     |          |          |          |     |
| DATA FINE CONSULENZA: _____                                                                                                                       |          |          |          |     |
| Ragione Sociale azienda destinataria: _____                                                                                                       |          |          |          |     |
| CUAA: _____                                                                                                                                       |          |          |          |     |
| NB: Inserire i dati dei moduli presenti a SIAG                                                                                                    | MODULO 1 | MODULO 2 | MODULO 3 | ... |
| Data e ora inizio e fine <b>ATTIVITA' 1</b> (gg:mm:aaaa)(HH:MM)                                                                                   |          |          |          |     |
| Decrizione attività svolta nel Modulo (in coerenza col modulo SIAG)                                                                               |          |          |          |     |
| Nome e Cognome consulente/i (INSERIRE IL NOMINATIVO DEL/DEI CONSULENTE/I)                                                                         |          |          |          |     |
| Nome e cognome del destinatario presente (solo per attività in azienda)                                                                           |          |          |          |     |
| Luogo in cui viene effettuata la consulenza (inserire: SEDE LEGALE/OPERATIVA AZIENDA DESTINATARIA; SEDE DELL'ORGANISMO DI CONSULENZA; ALTRA SEDE) |          |          |          |     |
|                                                                                                                                                   |          |          |          |     |
| Data e ora inizio e fine <b>ATTIVITA' 2</b> (gg:mm:aaaa)(HH:MM)                                                                                   |          |          |          |     |
| Decrizione attività svolta nel Modulo (in coerenza col modulo SIAG)                                                                               |          |          |          |     |
| Nome e Cognome consulente/i (INSERIRE IL NOMINATIVO DEL/DEI CONSULENTE/I)                                                                         |          |          |          |     |
| Nome e cognome del destinatario presente (solo per attività in azienda)                                                                           |          |          |          |     |
| Luogo in cui viene effettuata la consulenza (inserire: SEDE LEGALE/OPERATIVA AZIENDA DESTINATARIA; SEDE DELL'ORGANISMO DI CONSULENZA; ALTRA SEDE) |          |          |          |     |
|                                                                                                                                                   |          |          |          |     |
| Data e ora inizio e fine <b>ATTIVITA' 3</b> (gg:mm:aaaa)(HH:MM)                                                                                   |          |          |          |     |
| Decrizione attività svolta nel Modulo (in coerenza col modulo SIAG)                                                                               |          |          |          |     |
| Nome e Cognome consulente/i (INSERIRE IL NOMINATIVO DEL/DEI CONSULENTE/I)                                                                         |          |          |          |     |
| Nome e cognome del destinatario presente (solo per attività in azienda)                                                                           |          |          |          |     |
| Luogo in cui viene effettuata la consulenza (inserire: SEDE LEGALE/OPERATIVA AZIENDA DESTINATARIA; SEDE DELL'ORGANISMO DI CONSULENZA; ALTRA SEDE) |          |          |          |     |
|                                                                                                                                                   |          |          |          |     |
| ATTIVITA' n. (per ulteriori attività seguire lo schema precedente)                                                                                |          |          |          |     |
|                                                                                                                                                   |          |          |          |     |
|                                                                                                                                                   |          |          |          |     |
|                                                                                                                                                   |          |          |          |     |
|                                                                                                                                                   |          |          |          |     |
| Totale ore modulo                                                                                                                                 |          |          |          |     |
| DATA E FIRMA (Consulente)                                                                                                                         |          |          |          |     |

| REGISTRO CONSULENZE                                                                                                                                                                          |                                                                            |          |          |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------|----------|-----|
| Domanda di sostegno: ID 5000000<br>DATA INIZIO CONSULENZA: 04/04/2024<br>DATA FINE CONSULENZA: 05/09/2024<br>Ragione Sociale azienda destinataria: Az. Agr. XXXXXXXXXX<br>CUAA: 000000000000 |                                                                            |          |          |     |
| NB: Inserire i dati dei moduli presenti a SIAG                                                                                                                                               | MODULO 1                                                                   | MODULO 2 | MODULO 3 | ... |
| Data e ora inizio e fine <b>ATTIVITA' 1</b> (gg:mm:aaaa)(HH:MM)                                                                                                                              | 04/04/2024 9:30-10:30                                                      |          |          |     |
| Descrizione attività svolta nel Modulo (in coerenza col modulo SIAG)                                                                                                                         | Visita preliminare in azienda e analisi del contesto                       |          |          |     |
| Nome e Cognome consulente/i (INSERIRE IL NOMINATIVO DEL/DEI CONSULENTE/I)                                                                                                                    | Mario Rossi                                                                |          |          |     |
| Nome e cognome del destinatario presente (solo per attività in azienda)                                                                                                                      | Luigi Bianchi                                                              |          |          |     |
| Luogo in cui viene effettuata la consulenza (inserire: SEDE LEGALE/OPERATIVA AZIENDA DESTINATARIA; SEDE DELL'ORGANISMO DI CONSULENZA; ALTRA SEDE )                                           | SEDE OPERATIVA<br>AZIENDA DESTINATARIA<br>Via/Piazza ... n. 5 Bologna (BO) |          |          |     |
|                                                                                                                                                                                              |                                                                            |          |          |     |
| Data e ora inizio e fine <b>ATTIVITA' 2</b> (gg:mm:aaaa)(HH:MM)                                                                                                                              | 24/04/2024 9:00-11:00                                                      |          |          |     |
| Descrizione attività svolta nel Modulo (in coerenza col modulo SIAG)                                                                                                                         | Illustrazione procedure controllo cimice                                   |          |          |     |
| Nome e Cognome consulente/i (INSERIRE IL NOMINATIVO DEL/DEI CONSULENTE/I)                                                                                                                    | Mario Rossi                                                                |          |          |     |
| Nome e cognome del destinatario presente (solo per attività in azienda)                                                                                                                      | Luigi Bianchi                                                              |          |          |     |

|                                                                                                                                                   |                                                                          |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Luogo in cui viene effettuata la consulenza (inserire: SEDE LEGALE/OPERATIVA AZIENDA DESTINATARIA; SEDE DELL'ORGANISMO DI CONSULENZA; ALTRA SEDE) | SEDE LEGALE AZIENDA<br>DESTINATARIA Via/Piazza<br>... n. 10 Ferrara (FE) |  |  |  |
|                                                                                                                                                   |                                                                          |  |  |  |
| Data e ora inizio e fine <b>ATTIVITA' 3</b> (gg:mm:aaaa)(HH:MM)                                                                                   | 18/05/2024 <b>15:30-17:30</b>                                            |  |  |  |
| Decrizione attività svolta nel Modulo (in coerenza col modulo SIAG)                                                                               | Elaborazione e analisi dati                                              |  |  |  |
| Nome e Cognome consulente/i ( <i>INSERIRE IL NOMINATIVO DEL/DEI CONSULENTE/I</i> )                                                                | Mario Rossi                                                              |  |  |  |
| Nome e cognome del destinatario presente (solo per attività in azienda)                                                                           |                                                                          |  |  |  |
| Luogo in cui viene effettuata la consulenza (inserire: SEDE LEGALE/OPERATIVA AZIENDA DESTINATARIA; SEDE DELL'ORGANISMO DI CONSULENZA; ALTRA SEDE) | SEDE ORGANISMO DI<br>CONSULENZA Via/Piazza<br>... n. 20 Modena (MO)      |  |  |  |
|                                                                                                                                                   |                                                                          |  |  |  |
| ATTIVITA' n. (per ulteriori attività seguire lo schema precedente)                                                                                | ...                                                                      |  |  |  |
|                                                                                                                                                   |                                                                          |  |  |  |
|                                                                                                                                                   |                                                                          |  |  |  |
|                                                                                                                                                   |                                                                          |  |  |  |
|                                                                                                                                                   |                                                                          |  |  |  |
|                                                                                                                                                   |                                                                          |  |  |  |
| Totale ore modulo                                                                                                                                 | 5                                                                        |  |  |  |
| DATA E FIRMA (Consulente)                                                                                                                         |                                                                          |  |  |  |