

ALLEGATO 1D

Denominazione beneficiario	CUAA	Provincia sede allevamento	Comune sede allevamento	Codice ASL allevamento	Tipologia allevamento	N. capi	Garanzia assicurata	Valore assicurato €	Importo premio assicurativo €	% di aiuto richiesto	Importo contribuito richiesto €	Compagnia assicurativa	N. certificato assicurativo
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													