

CONSENSO INFORMATO ALLA SPERIMENTAZIONE CLINICA

CODICE N°: API-BIOXAL 001

Io sottoscritto.....

Nato/a il a

**In qualità di proprietario degli alveari da sottoporre alla sperimentazione clinica
del formulato API-Bioxal della società CHEMICALS LAIF SRL.**

Nella mia piena capacità di intendere e di volere, dichiaro di essere stato/a esaurientemente informato/a sulla natura della sperimentazione, sul tipo di formulato e ogni prevedibile complicità che può insorgere a seguito del trattamento con il formulato API-Bioxal a base di acido ossalico biidrato, da utilizzare come indicato nella sezione sottostante del presente modello.

Sono consapevole dei rischi generici inerenti la sperimentazione in oggetto esposti in modo chiaro e per me comprensibile, con particolare riguardo al tipo di trattamento adottato.

Dichiaro inoltre, di essere a conoscenza delle condizioni generali di salute delle mie arnie e che le stesse necessitano un trattamento antivarroa in concomitanza del periodo della presente sperimentazione.

Acconsento, e provvederò pertanto, all'esecuzione del trattamento nei tempi e nei modi indicati di seguito e nell'etichetta che si accompagna alla confezione del prodotto.

INDICAZIONI E MODALITÀ DI UTILIZZO:

Indicazioni: trattamento della varroosi (*Varroa destructor*, parassita di *Apis mellifera*) in assenza di covata.

Modalità d'utilizzo: seguendo le modalità indicate in etichetta sciogliere completamente il contenuto dell'intera confezione da 35g di API-Bioxal in 500 ml di una soluzione acquosa (1:1) acqua e saccarosio.

Il Trattamento con un'unica somministrazione e deve essere fatto gocciolando la soluzione sugli alveari con apposita siringa, nella dose di 5 ml per favo/telaino occupato dalle api.

Data.....

Firma del proprietario

.....