

DOMANDA per il rilascio del Certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari

Protocollo

Al Dipartimento di Prevenzione -SIAN
dell'ASL di _____

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ PV (____) via _____

Cap _____ tel _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

Di essere in possesso del seguente Titolo di studio (barrare la casella) conseguito il presso.....

Laurea in scienze agrarie	☐
Laurea in scienze biologiche	☐
Laurea in scienze forestali	☐
Laurea in chimica	☐
Laurea in discipline ambientali	☐
Laurea in medicina e chirurgia	☐
Laurea in medicina veterinaria	☐
Laurea in Farmacia	☐
Diploma di perito chimico	☐
Diploma di perito agrario	☐
Diploma di agrotecnico	☐

CHIEDE

- di essere ammesso al corso di formazione obbligatorio per il rilascio del Certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari e relativi coadiuvanti



- di acquisire, a seguito di valutazione positiva dell'esame di abilitazione¹, il Certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari per i distributori ai sensi del Piano di Azione Nazionale adottato con D.M. Del 22 gennaio 2014.

Si allegano alla presente :

- nr. 2 fotografie formato tessera uguali ;
- fotocopia di un valido documento di riconoscimento
- attestazione del versamento di Euro 222,22 +IVA (in applicazione di quanto stabilito per la prestazione nel vigente Tariffario regionale (Decreto Commissario ad acta n.3/2011).

Il sottoscritto dichiara, inoltre, ai sensi dell'art.14 del Dlgs 30 giugno 2003 n. 196, di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati anche con gli strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e Data

Il Richiedente

***NOTA BENE:**

La prestazione richiesta è soggetta a pagamento dei **diritti sanitari** (Tariffario regionale-Decreto Commissario ad acta n. 3/2011), per l'importo di:

€ 222,22+IVA

L'effettuazione del versamento può avvenire con le seguenti modalità:

- 1) su c/c postale n. intestato ASL provincia di,
- 2) pagamento mediante bonifico bancario c/o – Agenzia di.....
(COD. IBAN IT.....)
intestato a ASL della Provincia di – Via....., n.....
cap.....Comune.....Prov.....

¹ Le materie oggetto dell'esame di abilitazione sono quelle elencate nell'allegato I del d.lgs 150/2012