

DOMANDA per rinnovo 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 _____ in possesso del certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari rilasciato da _____ il _____ n° _____

CHIEDE

- **di partecipare** al corso di aggiornamento obbligatorio per il rinnovo dell' abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari e relativi coadiuvanti
- **di acquisire** il rinnovo del Certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari ai sensi del Piano di Azione Nazionale adottato con D.M. Del 22 gennaio 2014.

DICHIARA

di aver partecipato ai seguenti corsi o seminari , e di avere conseguito num: crediti formativi :

.....
.....

Si allegano :

- nr. 2 fotografie formato tessera uguali
- fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità
- certificato di abilitazione scaduto
- attestati di partecipazione ad eventi formativi
- attestazione del versamento di Euro 111,11 +IVA (in applicazione di quanto stabilito per le prestazioni 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:

€ 111,11+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.....