

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

Protocollo

Al Dipartimento di Prevenzione ASL SA
**SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E
DELLA NUTRIZIONE**
via F. Ricco, 50 - Nocera Inferiore (Sa)

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ PV (____) via _____

Cap _____ tel _____ E-MAIL: _____

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	<input type="checkbox"/>
Laurea in scienze biologiche	<input type="checkbox"/>
Laurea in scienze forestali	<input type="checkbox"/>
Laurea in chimica	<input type="checkbox"/>
Laurea in discipline ambientali	<input type="checkbox"/>
Laurea in medicina e chirurgia	<input type="checkbox"/>
Laurea in medicina veterinaria	<input type="checkbox"/>
Laurea in Farmacia	<input type="checkbox"/>
Diploma di perito chimico	<input type="checkbox"/>
Diploma di perito agrario	<input type="checkbox"/>
Diploma di agrotecnico	<input type="checkbox"/>

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 in originale 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). (in caso di bonifico, ricevuta quietanzata dall'istituto emittente)

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 domanda va compilata in tutti i campi. In mancanza anche di un solo dato non compilato o di un solo Allegato mancante, la domanda non verrà accettata.

***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. 34343723 intestato a:

ASL SA - Dipartimento di Prevenzione Area Nord – via F.Ricco, 50 – Cap - 84014 - Nocera Inferiore (SA) – causale : corso di formazione vendita prodotti fitosanitari

2) pagamento mediante bonifico bancario:

COD. IBAN IT5710760115200000034343723

intestato a :

ASL SA Dipartimento di Prevenzione Area Nord – via F.Ricco, 50 – Cap. 84014 - Nocera Inferiore -(SA) – causale : corso di formazione vendita prodotti fitosanitari

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