

Rilascio CAV_ Allegato 2 alla Determinazione n. 582 del 15 giugno 2017

ASL 3 NUORO
S.D. Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)
NUORO
PEC: serv.sian@pec.aslnuoro.it

Marca da bollo del
valore corrente

RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI ABILITAZIONE PER LA VENDITA DEI PRODOTTI FITOSANITARI
(D.Lgs n. 150/2012)

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____ Prov. _____
il _____ Domicilio/Residenza: _____ Prov. _____
Via _____ CAP _____ tel./cell. _____
Codice fiscale _____
Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____
Indirizzo di posta elettronica _____
In possesso dei requisiti richiesti dall'art. 8 comma 2 del D.lgs 150/2012

CHIEDE

IL RILASCIO del certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari ai sensi del Dlgs n. 150/2012.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

DICHIARA

di aver conseguito nell'anno scolastico/accademico ____/____ presso _____
_____ di _____

il seguente titolo di studio:

- Diploma nelle discipline agrarie e forestali (quinquennale)
- Laurea nelle discipline agrarie
- Laurea nelle discipline forestali
- Laurea nelle discipline biologiche
- Laurea nelle discipline naturali
- Laurea nelle discipline ambientali
- Laurea nelle discipline chimiche
- Laurea nelle discipline mediche
- Laurea nelle discipline veterinarie
- o equipollente (specificare): _____

Rilascio CAV_ Allegato 2 alla Determinazione n. 582 del 15 giugno 2017

Allega alla presente:

- n. 2 foto formato tessera recenti firmate sul retro (n. 1 per il certificato da rilasciare al richiedente e n. 1 per la copia del certificato che rimane agli atti della ASL);
- n. 1 marca da bollo del valore corrente (da apporre al certificato rilasciato dalla ASL);
- fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- copia dell'attestato di superamento dell'esame;

Il sottoscritto si impegna a consegnare l'attestazione dell'avvenuto pagamento della tariffa prevista per le prestazioni richieste a terzi, pari a € _____ sul c.c. **BANCA** _____ intestato alla **ASL 3 NUORO** (causale: rilascio certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari) contestualmente al ritiro del certificato. * IBAN: **IT 77Q0101517303000070782965**

Il sottoscritto dichiara, inoltre, che i dati e le dichiarazioni sopra riportati, sono resi ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., con la consapevolezza: delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 dello stesso D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del Decreto legislativo n° 196 del 30/06/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data,

Firma del Richiedente

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28/12/2000, la presente dichiarazione è stata sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Firma del Richiedente

SPAZIO RISERVATO ALLA ASL

Abilitazione n.

Data rilascio abilitazione