

Al Direttore

Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
ASL Medio Campidano
Via Bologna, 13 09025 Sanluri
igienealimenti.sanluri@aslmediocampidano.it

Marca da bollo

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): _____

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 ASSL);
- ☐ n. 2 marca da bollo del valore corrente (una da apporre al certificato rilasciato dalla ASSL e una da allegare alla domanda);
- ☐ fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- ☐ fotocopia del titolo di studio;
- ☐ copia dell'attestato di partecipazione all'attività formativa con valutazione finale positiva;
- ☐ Il sottoscritto si impegna a consegnare attestazione dell'avvenuto pagamento della tariffa prevista per le prestazioni richieste a terzi, pari a **€ 26,00** sul c.c. postale n. 58744648 intestato alla ASL 6 Medio Campidano - Bonifico IBAN IT91F0101543970000070783388 - Banco di Sardegna fil. Sanluri (260) - via Giuseppe Garibaldi n. 1 Sanluri (**causale:** rilascio certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari) contestualmente al ritiro del certificato.

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