ALLA AZIENDA USL N. ___
Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Oggetto: RICHIESTA **RILASCIO** CERTIFICATO DI ABILITAZIONE ALLA VENDITA DI PRODOTTI FITOSANITARI

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il |__|__|__|__|__|__|__|__| a _____ Prov. |__|__|

Residente nel Comune di _____ Prov. |__|__|

Località_____

Via _____ num. civico_____ CAP. _____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Tel. _____

C H I E D E

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 8 del D.Lgs. 14 agosto 2012, n. 150

Il rilascio del certificato di abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari

_____, li _____

Firma

_____

Si allega alla presente domanda:
⇨ copia dell' attestato di superamento del corso di formazione di base autorizzato dalla Regione;
⇨ copia del diploma o laurea in discipline agrarie, forestali, biologiche, ambientali, chimiche, mediche e veterinarie;
⇨ n.2 fotografie formato tessera;
⇨ n.1 marca da bollo da 16,00 €;
⇨ fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
⇨ copia dell'attestato di pagamento di € 33,80 da effettuare c/o il CUP con la seguente causale: rilascio certificato di abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari con esami (punto B.36.1 del tariffario regionale DGR n. 1081 del 28/09/2017).