



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

Dipartimento di Prevenzione ASLAV
U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
C/so Vittorio Veneto, 247 83035 Grottaminarda (AV)
Tel. 0825429110
Sede Avellino Tel. 0825292621-07-06-11 – Fax 0825292606

DOMANDA RILASCIO DEL CERTIFICATO DI ABILITAZIONE ALLA VENDITA DEI PRODOTTI FITOSANITARI.

Al Dipartimento di Prevenzione – SIAN

Il sottoscritto: _____

nato a: _____ (prov. _____)

il : _____ **Codice Fiscale** _____

residente a _____ (prov. _____)

via/p.zza: _____ **n.** _____

Cap _____ **Telefono** _____ **Pec** _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'articolo 76 del 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	☐
Laurea in scienze biologiche	☐
Laurea in scienze forestali	☐
Laurea in chimica	☐
Laurea in discipline ambientali	☐
Laurea in medicina e chirurgia	☐
Laurea in medicina veterinaria	☐
Laurea in farmacia	☐
Diploma di perito chimico	☐
Diploma di perito agrario	☐
Diploma di agrotecnico	☐
	☐
	☐

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 abilitazione, 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

copia codice fiscale

copia Titolo di studio

attestazione di versamento di Euro 275,00 (in applicazione di quanto stabilito dal Tariffario Regionale

(Decreto N° 94 del 05/12/2018 Commissario ad acta).

Il sottoscritto dichiara, inoltre, ai sensi del D. lgs 30 giugno 2003 n° 196, recante: “codice in materia dei dati personali “ e dell’art. 13 GDPR del Regolamento (UE) 2016 /679, essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati anche con gli strumenti informatici, trasmessi a soggetti terzi, solo ed esclusivamente nell’ambito del procedimento e per l’erogazione dei servizi per i quali la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Il Richiedente

*** NOTA BENE:**

Il versamento, come stabilito dalla Regione Campania, deve essere effettuato tramite Pago PA sul sito www.aslavellino.it (COME FARE PER-PAGO PA-PROCEDI PER PAGARE <https://mypay.regione.campania.it> ALTRE TIPOLOGIE DI PAGAMENTO- ENTE ASL AVELLINO- TARIFFA - SIAN- PROCEDI).

Causale: rilascio certificato abilitazione alla vendita prodotti fitosanitari.