

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

Protocollo Dell'ASL

Al Dipartimento di Prevenzione –SIAN

dell'ASL di _____

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ PV (____) via _____

Cap _____ tel _____

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

