



DOMANDA per rinnovo 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 _____ in possesso del certificato di abilitazione alla vendita dei
prodotti fitosanitari rilasciato da _____ il _____ n° _____

CHIEDE

- **di partecipare** al corso di aggiornamento obbligatorio per il rinnovo dell' abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari e relativi coadiuvanti
- **di acquisire il rinnovo del Certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari** ai sensi del Piano di Azione Nazionale adottato con D.M. Del 22 gennaio 2014.

DICHIARA

di aver partecipato ai seguenti corsi o seminari , e di avere conseguito num: crediti formativi :

.....
.....

Si allegano :

- nr. 2 fotografie formato tessera uguali
- fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità
- certificato di abilitazione scaduto
- attestati di partecipazione ad eventi formativi
- attestazione del versamento di Euro 132,00 (in applicazione di quanto stabilito per le prestazioni nel vigente 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, di 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:**

La prestazione richiesta è soggetta a pagamento dei **diritti sanitari** (Tariffario Regionale-Decreto N° 94 del 05/12/2018 Commissario ad acta), per l'importo di:

€ 132,00 _____

L'effettuazione del versamento può avvenire con le seguenti modalità:

- 1) su c/c postale **n 13430830** intestato ASL provincia di Avellino
- 2) pagamento mediante bonifico bancario c/o BANCA POPOLARE DI BARI–
(COD. IBAN IT03U05424297000000000279)
intestato a ASL AVELLINO – Via Degli Imbimbo , n..10/12.....
cap83100....Comune Avellino.....Prov..AV