



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Richiesta rinnovo CAV_ Allegato 3 alla Determinazione n. 582 del 15 giugno 2017

All'Azienda Tutela Salute

c.a. del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione

della ASL di _____

Marca da bollo del
valore corrente

RICHIESTA DI RINNOVO 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 qualità di: **DISTRIBUTORE DI PRODOTTI FITOSANITARI**

CHIEDE

☐ **IL RINNOVO** del certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari n° _____ rilasciato
in data _____

Allega alla presente:

- ☐ n° 2 foto formato tessera recenti firmate sul retro (n. 1 per il certificato da rilasciare al richiedente ed una per la copia del certificato da che rimane agli atti della ASL)
- ☐ n. 1 marca da bollo del valore corrente (da apporre al certificato rilasciato dalla ASL)
- ☐ fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità
- ☐ fotocopia del certificato di abilitazione alla vendita di cui si chiede il rinnovo
- ☐ copia dell'attestato di partecipazione all'attività formativa
- ☐ attestazione dell'avvenuto pagamento della tariffa prevista per le prestazioni richieste a terzi, pari a € _____ sul c.c. postale n. _____ intestato alla ASL di _____ (causale: rinnovo certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari).



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Richiesta rinnovo CAV_ Allegato 3 alla Determinazione n. 582 del 15 giugno 2017

DICHIARA:

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

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28/12/2000, la presente dichiarazione è stata sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

SPAZIO RISERVATO ALLA ASSL

Abilitazione n.

Data rilascio abilitazione