ASL 3 NUORO

S.D. Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)

NUORO

PEC: serv.sian@pec.aslnuoro.it

Marca da bollo del valore corrente

Richiesta di rinnovo del certificato di abilitazione per la vendita di prodotti fitosanitari e coadiuvanti
(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. 2 marche da bollo del valore corrente (n. 1 da apporre alla presente e n. 1 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. bancario n. IT 77Q0101517303000070782965 intestato alla ASL 3 NUORO (causale: rinnovo certificato diabilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari e coadiuvanti).

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, di quanto segue:

1. i dati forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione;
2. il trattamento sarà effettuato con supporto informatico e/o cartaceo;
3. il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso al procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;
4. titolare del trattamento è la ASSL a cui è indirizzata la presente richiesta;
5. i dati potranno essere comunicati: a soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati a forza di disposizione di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme; a soggetti che hanno necessità di accedervi per finalità ausiliarie al rapporto che intercorre tra Lei e l'Autorità competente, nei limiti strettamente necessari per svolgere compiti ausiliari.

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 ASL

Abilitazione n. ……

Data rilascio abilitazione ……