

MOD C bis

Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione  
della ASL di Latina

PEC: [diprevenzione@pec.ausl.latina.it](mailto:diprevenzione@pec.ausl.latina.it)

e-mail: [a.fracassi@ausl.latina.it](mailto:a.fracassi@ausl.latina.it)

OGGETTO: Richiesta di partecipazione al corso di formazione per il rinnovo del certificato di abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari anno 2020

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Cittadinanza \_\_\_\_\_ Nazione di nascita \_\_\_\_\_  
Comune di nascita \_\_\_\_\_ Provincia |\_\_|\_\_|  
data di nascita |\_\_|\_\_-|\_\_|\_\_-|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| C.F. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
Residente in Via \_\_\_\_\_ n. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| CAP |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
Comune \_\_\_\_\_ Provincia |\_\_|\_\_|  
Tel: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Tel. Ufficio: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
Fax: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Cell.: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

<b>In possesso di:</b>
<input type="checkbox"/> <b>certificato di abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari</b> ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. 150 del 14 agosto 2012 n.ro _____ rilasciato da _____ in data _____ con scadenza _____ ( <i>solo per rinnovo</i> )
<b>Ed inoltre del:</b>
<input type="checkbox"/> Diploma di Istruzione superiore di durata quinquennale in: <input type="checkbox"/> Perito agrario <input type="checkbox"/> Agrotecnico <input type="checkbox"/> Perito Chimico <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____
<input type="checkbox"/> Diploma di Laurea (anche triennale) nelle discipline: <input type="checkbox"/> Agrarie e Forestali <input type="checkbox"/> Biologiche <input type="checkbox"/> Naturali <input type="checkbox"/> Ambientali <input type="checkbox"/> Chimiche <input type="checkbox"/> Farmaceutiche <input type="checkbox"/> Mediche e Veterinarie
Conseguito presso l'Istituto/Università _____ nell'anno scolastico/accademico _____

#### CHIEDE

di partecipare al corso di formazione per il:

- rinnovo dell'abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari di cui alla sezione A.1 del Decreto Ministeriale 22 gennaio 2014
- di scegliere, in via preferenziale di partecipare al corso organizzato per il mese di:  
**CORSO ON LINE**  
 1° corso marzo  2° corso settembre  3° corso ottobre  4° corso novembre

Si dichiara di essere a conoscenza che i relativi costi dei suddetti corsi sono pari a:

- EURO 100,00 + 22%IVA per il corso di rinnovo e euro 25,00 per rilascio del nuovo certificato; il pagamento avverrà al momento di iniziare il corso.  
(per il rilascio del nuovo certificato di abilitazione il partecipante dovrà produrre la seguente ulteriore documentazione:

2 foto formato tessera recenti;  una marca da bollo da euro 16,00;  vecchio certificato in originale.

Tali oneri saranno pagati secondo le modalità individuate e comunicate da suddetta ASL.

.....li .....

Firma del richiedente \_\_\_\_\_