

MOD E

Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione
della ASL di Latina

PEC: protocolloAoo10@pec.ausl.latina.it

OGGETTO: Richiesta di sostenere l'esame per il rilascio del certificato di abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari.

Il sottoscritto:

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 _____@_____

In possesso del seguente titolo di studio:
<input type="checkbox"/> Diploma di Istruzione superiore di durata quinquennale nella specializzazione _____
<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 _____ nell'anno _____
<input type="checkbox"/> certificato di abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. 150 del 14 agosto 2012 n.ro _____ rilasciato da _____ in data _____ con scadenza _____ (solo per rinnovo)

CHIEDE

di sostenere l'esame, ai sensi dell'art. 8, "° comma, del D. Lgs. 14 agosto 2012 n. 150, per la valutazione delle competenze acquisite al corso di formazione finalizzato al:

- rilascio del certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari.

A tal fine allega:

- l'attestato di frequenza al corso svoltosi presso (ASL o ENTE)
..... in data
- (in alternativa) autocertificazione resa ai sensi dell'art. 46, DPR 445/2000²

.....li

Firma del richiedente

.....

1 Obbligatorio

2 Ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445, le Aziende ASL sono tenute ad effettuare controlli a campione sulla veridicità del possesso del titolo di studio