

Rilascio CAV\_ Allegato 2 alla Determinazione n. 582 del 15 giugno 2017

al Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione  
della ASL di Oristano

Marca da bollo del  
valore corrente

**RICHIESTA DI RILASCIO 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 possesso dei requisiti richiesti dall'art. 8 comma 2 del D.lgs 150/2012

**CHIEDE**

**IL RILASCIO** del certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari ai sensi del Dlgs n. 150/2012.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

**DICHIARA**

di aver conseguito nell'anno scolastico/accademico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

il seguente titolo di studio:

Diploma nelle discipline agrarie e forestali (quinquennale)

Laurea nelle discipline agrarie

Laurea nelle discipline forestali

Laurea nelle discipline biologiche

Laurea nelle discipline naturali

Laurea nelle discipline ambientali

Laurea nelle discipline chimiche

Laurea nelle discipline mediche

Laurea nelle discipline veterinarie

o equipollente (specificare): \_\_\_\_\_

**Rilascio CAV\_ Allegato 2 alla Determinazione n. 582 del 15 giugno 2017**

**Allega alla presente:**

- n. 2 foto formato tessera recenti firmate sul retro (n. 1 per il certificato da rilasciare al richiedente e n. 1 per la copia del certificato che rimane agli atti della ASL);
- n. 2 marche da bollo del valore corrente (da apporre alla domanda e al certificato rilasciato dalla ASL);
- fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- copia dell'attestato di superamento dell'esame;

attestazione dell'avvenuto pagamento della tariffa prevista per le prestazioni richieste a terzi, pari a € 10,54 con bonifico su C/C bancario codice IBAN IT79N0101517400000070783392

Banco Sardegna fil. Oristano centro (800) - via Giuseppe Garibaldi n. 2 Oristano

(causale: SIAN rilascio C.A.V)

Il sottoscritto dichiara, inoltre, 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.

Firma del Richiedente

\_\_\_\_\_

SPAZIO RISERVATO ALLA ASL

Abilitazione n. ....

Data rilascio abilitazione .....