

Domanda per abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari

Al Direttore Dipartimento Sanità Pubblica
Azienda U.S.L. Modena

Il sottoscritto

nato a in data

e residente in Via

tel FAX cellulare..... e-mail recapito a

cui inoltrare le informazioni per corso ed esame: Via Comune: Prov ...

Tel. Fax. cell. e-mail.

chiede il

A) RILASCIO

dell'abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari prevista all' Art. 23 del D.P.R. 290-23.04.2001.

1) A tal fine **dichiara** di avere il seguente titolo di studio:

laureato in scienze agrarie o scienze forestali o della produzione animale perito agrario agrotecnico laureato in chimica laureato in medicina laureato in medicina veterinaria laureato in scienze biologiche laureato o diplomato in farmacia perito chimico

conseguito in data presso

che dà diritto all'esonero dalla verifica prevista dalla normativa citata.

2) Chiede di voler essere ammesso alla verifica della norma citata giacché ha partecipato allo specifico percorso formativo e chiede di essere informato sulle sedute di esame che si terranno in ambito provinciale.

Allegati: **Fototessera**

B) RINNOVO

dell'abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari prevista all' Art. 23 del D.P.R. 290-23.04.2001

1) e di essere esentato dal corso di formazione in quanto in possesso del titolo di studio abilitante sopra indicato (v. titoli elencati nella parte destinata al rilascio)

2) a tal fine si allega attestato di formazione conseguito al termine del corso di formazione .

Allegati: **Abilitazione**

E'consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art.76 del D.P.R.445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000). E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art.13 del D.Lgs.196/03.

_____ li: _____

_____ Firma

I n f o r m a t i v a D . l g s 1 9 6 / 0 3 a r t . 1 3 (p r i v a c y)

- I dati da lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da lei formulata e per le finalità strettamente connesse;
- il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici;
- i dati non verranno comunicati a terzi, salvo quanto necessario per l'espletamento degli obblighi connessi alla normativa in materia di diritto di accesso; in particolare, ai sensi di quanto disposto dalla L. 241/90 e s.m.i., nel caso in cui il documento richiesto contenga informazioni riferite a soggetti terzi che dall'esercizio del diritto di accesso vedrebbero compromesso il proprio diritto alla riservatezza, l'Azienda è tenuta a fornire loro notizia della richiesta trasmettendo copia della stessa;
- il conferimento dei dati è obbligatorio;
- la conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è la seguente: non rilascio della prestazione;
- il titolare del trattamento è l'Azienda USL di Modena;
- il responsabile del trattamento è la Dr.ssa M.Rita Fontana;
- lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsti dall'art. 7 del D.Lgs 196/03, rivolgendosi all'indirizzo in epigrafe.