

**DOMANDA per il RILASCIO del Certificato di Abilitazione alla Vendita dei Prodotti Fitosanitari**Al Dipartimento di Prevenzione /UOC SIAN  
dell'ASL di ASLNA 3 SUD[siaen@pec.asnapoli3sud.it](mailto:siaen@pec.asnapoli3sud.it)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

**DICHIARA**

Di essere in possesso del seguente Titolo di studio (barrare la casella) conseguito il \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_

Laurea in scienze biologiche <input type="checkbox"/>	Laurea in scienze agrarie <input type="checkbox"/>
Laurea in scienze forestali <input type="checkbox"/>	Laurea in Farmacia <input type="checkbox"/>
Laurea in chimica <input type="checkbox"/>	Diploma di perito chimico <input type="checkbox"/>
Laurea in discipline ambientali <input type="checkbox"/>	Diploma di perito agrario <input type="checkbox"/>
Laurea in medicina e chirurgia <input type="checkbox"/>	Diploma di agrotecnico <input type="checkbox"/>
Laurea in medicina veterinaria <input type="checkbox"/>	

**CHIEDE**

- di essere ammesso al corso di formazione obbligatorio per il rilascio del Certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari e relativi coadiuvanti.
- di acquisire, a seguito di valutazione positiva dell'esame di abilitazione<sup>1</sup>, il Certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari per i distributori ai sensi del Piano di Azione Nazionale adottato con D.M. Del 22 gennaio 2014.

Si allegano alla presente:

- n. 2 fotografie formato tessera uguali;
- fotocopia di un valido documento di riconoscimento;
- copia di pagamento effettuato;
- marca da bollo da 16,00 euro.

*Il sottoscritto dichiara, inoltre, ai sensi dell'art.14 del Dlgs 30 giugno 2003 n. 196, di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati anche con gli strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

**Luogo e Data****Il Richiedente**

**\* NOTA BENE:**

La prestazione richiesta è soggetta a pagamento dei diritti sanitari Tariffario Regionale-DECRETO. n.94 DEL 05.11.2018 -codice tariffa -7, per l'importo di: EURO 275,00 -CAUSALE: CORSO ABILITAZIONE VENDITA PFS)

Il versamento dovrà essere effettuato mediante collegamento al Portale dei Pagamenti Mypay della Regione Campania, accedendo al seguente link: <https://mypay.regione.campania.it/pa/home.html>, nel modo che segue:

- ⇒ selezionare il pulsante “Cerca” della barra di ricerca “Cerca Ente Beneficiario”;
- ⇒ selezionare “ASL Napoli 3 Sud”;
- ⇒ nella sezione “Altre tipologie di pagamento” selezionare il tipo di pagamento “INCASSI IGIENE E SICUREZZA DEL LAVORO”;
- ⇒ compilare i campi:
  - CAUSALE: CORSO ABILITAZIONE VENDITA PFS”
  - “IMPORTO: 275,00 euro”,
  - “E-MAIL \_\_\_\_\_”
- ⇒ continuare a seguire le istruzioni operative della piattaforma

<sup>1</sup> Le materie oggetto dell'esame di abilitazione sono quelle elencate nell'allegato I del d.lgs. 150/2012 fonte: <http://burc.regione.campania.it>