



DOMANDA per il RINNOVO 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

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 certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari rilasciato da _____ il _____ n° _____

• Di essere in possesso del seguente Titolo di studio (barrare la casella) conseguito 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 ¹, 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:

- nr. 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 132,00 -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: 132,00 euro”,
 - “E-MAIL _____”
- ⇒ continuare a seguire le istruzioni operative della piattaforma

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