

Spazio riservato
Alla foto



PROVINCIA DI SASSARI
SETTORE 5
PIAZZA D'ITALIA, 31
07100 SASSARI
TEL: 0792069675 FAX: 0792069418
CELL: 3316291722
MAIL: f.fogli@provincia.sassari.it
protocollo@pec.provincia.sassari.it

Marca da bollo da €
16,00

Richiesta di rilascio del rinnovo del certificato di abilitazione all'acquisto e utilizzo dei prodotti fitosanitari e richiesta proroga della scadenza

(D.LGS N.150/2012) Alla Provincia di **SASSARI**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

prov.di _____ il _____ residente nel comune di _____

prov. _____ in via _____ C.A.P. _____

recapito postale se diverso da indirizzo _____

tel/cellulare _____ codice fiscale _____

indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____

indirizzo di posta elettronica _____

in qualità di (sbarrare la voce che interessa).

Utilizzatori agricoli (*) <input type="checkbox"/> imprenditore agricolo professionale <input type="checkbox"/> coltivatore diretto <input type="checkbox"/> dipendente azienda agricola <input type="checkbox"/> altro:	Utilizzatori extragricolo (*) <input type="checkbox"/> imprenditore extragricolo <input type="checkbox"/> controterzista macchine irroratrici <input type="checkbox"/> dipendente azienda extragricola <input type="checkbox"/> altro:	Con il seguente titolo di studio: <input type="checkbox"/> laurea <input type="checkbox"/> dipl. di scuola superiore <input type="checkbox"/> licenza media inferiore <input type="checkbox"/> licenza elementare
<input type="checkbox"/> azienda ricadente in aree naturali protette o siti Natura 2000		

Sede ubicazione dell'azienda _____

CHIEDE

IL RINNOVO del certificato di abilitazione dell'autorizzazione per l'acquisto e l'utilizzo dei prodotti fitosanitari n° _____ rilasciata in data _____ per l'acquisto e utilizzo dei prodotti fitosanitari ai sensi del D.lgs n. 150/2012 e proroga fino all'espletamento della formazione;

Dichiara di avere presentato all'Agenzia Laore la richiesta di partecipazione all'attività formativa come stabilito dalla Delibera di Giunta della Regione Autonoma della Sardegna, n° 52/16 del 23/12/2014 e s.m.i.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Concernente stati, qualità personali o fatti a diretta conoscenza dell'interessato
(Art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 recante il Testo Unico delle Disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a _____ Provincia(_____)il _____

in relazione all'istanza tesa ad ottenere il rilascio del patentino per l'acquisto di taluni fitofarmaci ai sensi del D.Lgs. n° 150/2012, **consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi ex art. 76 del D.P.R. 445/2000** ed a conoscenza dell'obbligo per l'Amministrazione, in tal caso, di provvedere alla revoca del beneficio conseguente al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

Dichiara (compilare solo se in possesso di titolo che esenta dall'obbligo della formazione – D.G.R. n. 52/16 del 23.12.2014)

di aver conseguito nell'anno scolastico/accademico _____/_____ presso _____

_____ di _____
il seguente titolo di studio:

- Diploma nelle discipline agricole e forestale
- 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 farmaceutiche
- Laurea nelle discipline mediche
- Laurea nelle discipline veterinarie

Allega alla presente:

- n° 1 foto formato tessera recente firmata sul retro (mm 40x35).
- n° 2 marche da bollo da euro 16,00
- fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità
- copia dell'attestato di frequenza della formazione (D.G.R. n° 52/16 del 23.12.2014)
- patentino verde

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, di quanto segue:

i dati forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione; il trattamento sarà effettuato con supporto informatico e/o cartaceo; il conferimento dei dati è obbligatorio per dare corso al procedimento per il quale la dichiarazione viene resa; titolare del trattamento è la Provincia di **SASSARI**.
I dati potranno essere comunicati: a soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati a forza di disposizione di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme; a soggetti che hanno necessità di accedervi per finalità ausiliarie al rapporto che intercorre tra Lei e l'Autorità competente, nei limiti strettamente necessari per svolgere compiti ausiliari.

Luogo e data, _____

Firma

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 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.

SPAZIO RISERVATO ALLA PROVINCIA

Abilitazione n. _____

Data rilascio abilitazione _____