

_____, li _____

SPETT.LE AZIENDA SANITARIA
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
U.O. IGIENE – EPIDEMIOLOGIA – SANITÀ PUBBLICA
VIA MONTESCAGLIOSO
75100 MATERA

Oggetto: Richiesta di partecipazione al Corso di preparazione finalizzato al rilascio del Certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari e dei coadiuvanti di prodotti fitosanitari.

___ sottoscritt___ _____ nat___ a _____

il _____ e residente in _____ alla Via _____

n° _____ telefono _____ cellulare _____, Codice

fiscale: _____ Partita IVA _____,

CHIEDE

di partecipare al Corso di preparazione e di sostenere la prova di valutazione al fine del rilascio del CERTIFICATO DI ABILITAZIONE ALLA VENDITA DEI PRODOTTI FITOSANITARI E DEI COADIUVANTI DI PRODOTTI FITOSANITARI, previsto dall'art. 23 del D.P.R. 290/2001.

FIRMA

Allega copia di un documento di identità valido, autenticata per conformità all'originale.

Dichiara, infine, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.L.vo n° 196 del 30/06/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, li ____/____/_____

FIRMA
