

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

AZIENDA SANITARIA MATERA

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE COLLETTIVA DELLA SALUTE UMANA

**U.O. IGIENE – EPIDEMIOLOGIA – SANITÀ PUBBLICA**

VIA MONTESCAGLIOSO

75100 MATERA

**all'att.ne dr. Angelo LICCHELLI**

**Oggetto:** Richiesta di partecipazione al Corso di preparazione finalizzato a conseguire il *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 di conseguire il *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.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_