

Bollo di
€ 16,00

_____, lì _____

AZIENDA SANITARIA MATERA

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE COLLETTIVA DELLA SALUTE UMANA

U.O. IGIENE – EPIDEMIOLOGIA – SANITÀ PUBBLICA

VIA MONTESCAGLIOSO

75100 MATERA

Oggetto: Richiesta di 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 _____, in
possesso del titolo di studio di _____ conseguito
presso _____ di _____ nell'anno scolastico ____/____,

CHIEDE

il rilascio del *Certificato di abilitazione alla vendita* dei prodotti fitosanitari e dei coadiuvanti di prodotti fitosanitari, di cui all'art. 23 del D.P.R. 290/2001.

FIRMA

Allega alla presente:

1. copia di un documento di identità valido, autenticata per conformità all'originale;
2. copia del titolo di studio, autenticata per conformità all'originale;
3. n° 1 marca da bollo di € 16,00 (euro sedici,00);
4. n° 2 fotografie formato tessera;
5. ricevuta di versamento di € 33,00 (euro trentatre,00), effettuato con il bollettino di c/c postale n° 95747937, intestato a Azienda Sanitaria Locale di Matera – Servizio Igiene e Sanità Pubblica – Servizio Tesoreria e recante la causale "RILASCIO DI ATTESTAZIONI (D.G.R. N° 580 DEL 02/04/2003)".

Dichiara di essere consapevole della responsabilità penale, prevista dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente al vero.

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
