

**Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione  
dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina  
via Costantino Costantinides n° 2  
34128 TRIESTE**

Marca  
da  
Bollo

**MODELLO RAV1**  
Rev 01 dd. 11.03.2021

**Richiesta di RINNOVO della abilitazione alla vendita (DISTRIBUTORI) dei prodotti fitosanitari (art. 8 Decreto Legislativo 14 agosto 2012, n.150 - delibera Giunta Regionale FVG 1028 del 29 maggio 2015).**

<b>RICHIEDENTE</b>	<i>riquadro 1</i>
Cognome _____ Nome _____ cittadinanza _____	
nato a _____ il _____	
residente nel comune di _____ ( _____ ) CAP  _ _ _ _ _ _	
via/piazza _____ n _____	
codice fiscale  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
titolo di studio _____	
tel. _____ cell. _____	
e-mail _____	
titolare della abilitazione alla vendita n. _____ rilasciata il _____	

<b>CHIEDE</b>	
il rinnovo quinquennale della abilitazione alla vendita (distributori) dei prodotti fitosanitari	

<b>DOCUMENTI DA ALLEGARE</b>	<i>Riquadro 2</i>
<input type="checkbox"/> copia della attestazione di frequenza al corso di aggiornamento (15 ore) per l'attività di vendita (distributori) dei prodotti fitosanitari o per l'attività di consulente sull'impiego dei prodotti fitosanitari	
<input type="checkbox"/> originale della abilitazione da rinnovare	
<input type="checkbox"/> 1 marca da bollo per la abilitazione	
<input type="checkbox"/> Fotocopia di un documento d'identità del richiedente in corso di validità ai sensi del D.P.R 445/2000	
<input type="checkbox"/> attestazione dell'avvenuto versamento degli importi previsti nel tariffario Regionale di cui al D.PGR 19/12/2013 n. 0252/Pres. di € <b>11,20</b> recante quale causale del versamento <b>RINNOVO della abilitazione alla vendita fitosanitari (Modalità di pagamento in ultima pagina)</b>	

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ firma

<b>DICHIARAZIONI DEL RICHIEDENTE FIRMATARIO</b>	<i>Riquadro 4</i>
Il firmatario della presente, nella pagina precedente generalizzato, dichiara:	
di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata questa domanda ed ai fini del controllo ufficiale e rilascia il consenso al loro utilizzo nei limiti su riportati;	
ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, che quanto riportato nel presente documento corrisponde a verità e di essere consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del medesimo DPR.	
La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti degli articoli 38,46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445	
<b>di essere informato sulla incompatibilità all'esercizio dell'attività di vendita (distributori) dei prodotti fitosanitari con l'attività di consulente sull'impiego dei prodotti fitosanitari (consulenti).</b>	
_____ data	
_____ firma	

## COME PAGARE

Per il pagamento degli importi dovuti è possibile utilizzare uno dei seguenti canali:

- ✓ bollettino postale intestato a all'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina – Servizio di Tesoreria, via Costantino Costantinides n. 2, Trieste n° 10347342 recante quale causale del versamento **RILASCIO AUTORIZZAZIONE SANITARIA DEPOSITO PRODOTTI FITOSANITARI**;
- ✓ Bonifico bancario: Intesa Sanpaolo S.P.A. CODICE IBAN IT06D030691234410000046103

## COME INVIARE LA DOMANDA O I DOCUMENTI RICHIESTI

La domanda può essere inviata:

all'indirizzo di posta elettronica certificata

[asugi@certsanita.fvg.it](mailto:asugi@certsanita.fvg.it)

oppure al seguente indirizzo

Azienda Universitaria Giuliano Isontina

Dipartimento di Prevenzione

S.C. Igiene Alimenti e Nutrizione

via de' Ralli n. 3 - 34128 Trieste

**MAGGIORI INFORMAZIONI SONO DISPONIBILI NELLA PAGINA WEB AZIENDALE**