Marca
da
bollo

MODELLO RAV1
Rev. 03 dd 09/08/23

Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione
dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
Sede Trieste: Via de' Ralli n. 3
Sede Gorizia: Via Vittorio Veneto n. 169
Pec:asugi.@certsanita.fvg.it

OGGETTO: 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).

RICHIEDENTE

Cognome_____ Nome_____ cittadinanza _____

nato a _____ il _____

residente nel comune di _____ (_____) CAP |__|__|__|__|__|

via/piazza _____ n _____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

titolo di studio _____

tel. _____ cell. _____

e-mail _____

CHIEDE

il rinnovo quinquennale della abilitazione alla vendita (distributori) dei prodotti fitosanitari

DICHIARAZIONI DEL RICHIEDENTE FIRMATARIO

Il firmatario della presente 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

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).

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- ❑ 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
- ❑ originale della abilitazione da rinnovare
- ❑ 1 marca da bollo per la abilitazione
- ❑ fotocopia di un documento d'identità del richiedente in corso di validità ai sensi del D.P.R 445/2000
- ❑ attestazione dell'avvenuto versamento degli importi previsti nel tariffario Regionale di cui al D.PGR 19/12/2013 n. 0252/Pres. di **€ 11,20** recante quale causale del versamento **RINNOVO della abilitazione alla vendita fitosanitari**.

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 **RINNOVO della abilitazione alla vendita fitosanitari**.
- ✓ Bonifico bancario: CODICE IBAN IT06D0306912344100000046103

COME INVIARE LA DOMANDA

La domanda può essere inviata:

- ✓ all'indirizzo di posta elettronica certificata asugi@certsanita.fvg.it
- ✓ al seguente indirizzo: Azienda Universitaria Giuliano Isontina - Dipartimento di Prevenzione S.C. Igiene Alimenti e Nutrizione
  - Via de' Ralli n. 3 - 34128 Trieste
  - Via Vittorio Veneto n. 169 – 34170 Gorizia

LUOGO _____

DATA ___/___/_____ F I R M A _____

(leggibile e per esteso)