

Marca  
da  
bollo



**MODELLO RAV**  
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 PRIMO CONSEGUIMENTO 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**

Di essere ammesso alla prima sessione utile di valutazione per il conseguimento della abilitazione alla vendita (distributori) dei prodotti fitosanitari per il conseguente rilascio della abilitazione stessa al superamento dell'esame.

#### **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**

- 2 foto formato tessera firmate sul retro
- copia della attestazione di frequenza al corso di aggiornamento (25 ore) per l'attività di vendita (distributori) dei prodotti fitosanitari o per l'attività di consulente sull'impiego dei prodotti fitosanitari
- 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. Ammontante a **€ 11,20** (rilascio e rinnovo di patentini ) recante quale causale del versamento **RILASCIO ABILITAZIONE 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 **RILASCIO ABILITAZIONE 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](mailto: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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

(leggibile e per esteso)