SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL FROSINONE

Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione
ASL FROSINONE
mail: sian@aslfrosinone.it

Mod. C

OGGETTO: **Richiesta di partecipazione ai Corsi di formazione 2020 per il rilascio-rinnovo** del certificato di abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari

DA INVIARE ENTRO IL 20 FEBBRAIO 2020

Cognome: _____ Nome: _____

Luogo di nascita: _____ Provincia: |_|_|

Data nascita: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_| C.F.: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residente in Via: _____ n. |_|_|_| C.A.P. |_|_|_|_|_|

Comune: _____ Provincia: |_|_|

Tel abitazione: |_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_| [1] Tel ufficio: |_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_|

Fax: |_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_| Cellulare: |_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail: _____ @ _____ pec : _____ @ _____

Data scadenza certificato di abilitazione da rinnovare ...../...../.....

Titolo di studio (come requisito ai fini del rilascio di nuova abilitazione) .....

C H I E D E

di partecipare al corso di formazione per il

[ ] **RINNOVO** PREFERENZE EVENTUALI (barrare) EDIZIONE [I] [II] [III] [IV]
Tali preferenze non sono vincolanti per gli organizzatori: l'effettiva edizione a cui partecipare verrà comunicata via mail

OPPURE

COMUNICA IL PROPRIO INTERESSE A PARTECIPARE AD UN EVENTUALE CORSO DI FORMAZIONE DI BASE PER

[ ] **RILASCIO**

dell' abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari di cui alla sezione A.1 del Decreto Ministeriale 22 gennaio 2014.

Si allega:

- solo a conferma dell'avvenuta attivazione del Corso specifico, copia della ricevuta del versamento di euro ***203,34*** effettuato presso uno sportello RECUP della ASL Frosinone – **COD: AM 21.65** – finalizzato al **rilascio** del certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari;
- copia della ricevuta del versamento di euro ***101,66*** effettuato presso uno sportello RECUP della ASL Frosinone – **COD: AM 21.66** – finalizzato al **rinnovo** del certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari;

Firma del richiedente

..... li .....

_____

COMUNE DI ATINA - arrivo - Prot. 813/PROT del 31/01/2020 - titolo II - classe 01

ASL FROSINONE
Via A. Fabi snc
03100 Frosinone

Tel. 0775.8821
www.asl.fr.it
p.iva 01886690609

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
U.O.C. IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE
E. mai: sian@aslfrosinone.it –
PEC : prevenzione@pec.aslfrosinone.it
tel. 0775/8822252 /54 fax 0775/830128