

DOMANDA DI RINNOVO ABILITAZIONE ALL'ATTIVITÀ DI CONSULENTE SULL'IMPIEGO DI PRODOTTI FITOSANITARI E DEI COADIUVANTI.
--

Il/la sottoscritto/a....., nato/a.....

il.....residente in

via.....domicilio in

via.....

Telefono/cellulare..... E-mail

in possesso dell'abilitazione all'attività di Consulente sull'impiego di prodotti Fitosanitari e dei Coadiuvanti

rilasciata da codesto Servizio con certificato di abilitazione sotto forma di Tesserino di riconoscimento

personale N. rilasciato in data

CHIEDE

il rinnovo del certificato di abilitazione all'attività di consulente sotto forma di tessera di riconoscimento personale e l'aggiornamento dell'iscrizione all'elenco regionale dei soggetti abilitati all'attività di consulenza per prodotti fitosanitari, avendo frequentato con profitto il corso di formazione obbligatoria della durata di 12 ore organizzato dall'Ente di Formazione/ASL

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, 445, in caso di dichiarazioni non veritiere:

- ☐ di non avere rapporti di dipendenza o di collaborazione diretta a titolo oneroso con soggetti titolari di autorizzazione di prodotti fitosanitari, secondo la definizione di cui all'art. 3, paragrafo 24 del Reg. CE 1107/2009;
- ☐ di non svolgere attività di vendita di prodotti fitosanitari.

ALLEGA

1. fotocopia documento di identità personale in corso di validità;
2. copia dell'attestato di regolare frequenza del Corso di Aggiornamento Abilitazione all'attività di Consulenza della durata di 12 ore, rilasciata dalla ASL/Ente Formatore;

Lì _____

Firma

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13, D. LGS 196/03 (NORMATIVA SULLA PRIVACY)

- ☐ I dati da Lei dichiarati saranno utilizzati dagli Uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da Lei formulata e per le finalità strettamente connesse.
- ☐ Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaborati elettronici a disposizione degli uffici.
- ☐ I dati, ove richiesti, verranno comunicati alla regione Abruzzo per la gestione dei flussi informativi.
- ☐ Il conferimento dei dati è obbligatorio.
- ☐ La conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è la seguente: non rilascio dell'autorizzazione.

☐ Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsti dall'art. 7 e segg. del Decreto Legislativo 196/03, rivolgendosi all'indirizzo specificato.

Il sottoscritto, in accordo con la normativa vigente, acconsente che i dati riportati sulla presente domanda vengano utilizzati solo ai fini dell'espletamento della pratica in corso.

Lì _____

Firma