

Rilascio CAV\_ Allegato 2 alla Determinazione n. 582 del 15 giugno 2017

All'Azienda Tutela Salute  
ca del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione  
della ASSSL di \_\_\_\_\_

Marca da bollo del  
valore corrente

**RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI ABILITAZIONE PER LA VENDITA DEI PRODOTTI FITOSANITARI**  
(D.Lgs n. 150/2012)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Domicilio/Residenza: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_  
Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_  
In possesso dei requisiti richiesti dall'art. 8 comma 2 del D.lgs 150/2012

**CHIEDE**

**IL RILASCIO** del certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari ai sensi del Dlgs n. 150/2012.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

**DICHIARA**

di aver conseguito nell'anno scolastico/accademico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

il seguente titolo di studio:

- Diploma nelle discipline agrarie e forestali (quinquennale)
- Laurea nelle discipline agrarie
- Laurea nelle discipline forestali
- Laurea nelle discipline biologiche
- Laurea nelle discipline naturali
- Laurea nelle discipline ambientali
- Laurea nelle discipline chimiche
- Laurea nelle discipline mediche
- Laurea nelle discipline veterinarie

o equipollente (specificare): \_\_\_\_\_

**Rilascio CAV\_ Allegato 2 alla Determinazione n. 582 del 15 giugno 2017**

**Allega alla presente:**

- n. 2 foto formato tessera recenti firmate sul retro (n. 1 per il certificato da rilasciare al richiedente e n. 1 per la copia del certificato che rimane agli atti della ASSSL);
- n. 1 marca da bollo del valore corrente (da apporre al certificato rilasciato dalla ASSSL);
- fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- copia dell'attestato di superamento dell'esame;
- attestazione dell'avvenuto pagamento della tariffa prevista per le prestazioni richieste a terzi, pari a € 10,54 sul c.c. postale n. 10495091 intestato ATS SARDEGNA - ASSSL ORISTANO DISTRETTO DI ORISTANO (causale: SIAN rilascio C.A.V)

Il sottoscritto dichiara, inoltre, che i dati e le dichiarazioni sopra riportati, sono resi ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., con la consapevolezza: delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 dello stesso D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del Decreto legislativo n° 196 del 30/06/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data, .....

Firma del Richiedente

---

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28/12/2000, la presente dichiarazione è stata sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Firma del Richiedente

---

SPAZIO RISERVATO ALLA ASSSL

Abilitazione n. ....

Data rilascio abilitazione .....