

**Fitosanitari - Mod. A1****Domanda per il rilascio del certificato di abilitazione all'acquisto e all'utilizzo di prodotti fitosanitari e coadiuvanti e per sostenere la prova di valutazione**Al Direttore del S.I.A.N.
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
Dipartimento di Prevenzione

SEDE OPERATIVA di GIULIANOVA

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

il..... residente in

via..... codice fiscale

domicilio in via.....

telefono

chiede **di sostenere la prova di valutazione****e** **il rilascio**

del certificato di abilitazione all'acquisto e all'utilizzo dei prodotti fitosanitari

dichiara di essere in possesso del titolo di studio e di essere esentato dalla frequenza del corso di formazione

[] Diploma istruzione superiore durata quinquennale;

[] Laurea triennale;

[] Laurea Magistrale;

in una delle seguenti discipline (barrare la voce che interessa):

○Agrarie e forestali ○Biologiche ○Naturali ○Ambientali ○Chimiche ○Farmaceutiche ○Mediche ○Veterinarie

 di essere in possesso dell'attestato di frequenza al corso di formazione tenuto dal:

○ SIAN AUSL ○ Organismo accreditato

Allega

1. n° 2 foto formato tessera;
2. fotocopia documento di riconoscimento e codice fiscale;
3. attestato di versamento di Euro **18,00** eseguito in una delle seguenti modalità:
 - a. tramite sportello CUP della ASL di Teramo con indicazione: Fitosanitari - Mod. A1 Domanda rilascio certificato abilitazione acquisto e utilizzo di prodotti fitosanitari e prova di valutazione;
 - b. tramite PagoPA attraverso il sito <https://www.aslteramo.it> selezionare pagoPA, pagamento spontaneo e seguire il relativo percorso di pagamento. La procedura è pubblicata sul sito sia nella sezione modulistica, sottovoce modulistica utenti: SIAN-procedura di pagamento con PagoPA e sia nella sezione Carta dei Servizi, sottovoce Dipartimento di Prevenzione - Unità operativa Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione;
4. copia autenticata o originale delle titolo di studio che prevede l'esenzione dalla frequenza al corso di formazione (la copia può essere autenticata anche direttamente presso il Servizio, in presenza del certificato originale);
5. originale attestato di frequenza corso di formazione.

Li _____

Firma _____

Informativa Privacy.Il sottoscritto dichiara di essere informato che i dati personali forniti saranno trattati ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 e di aver preso visione dell'informativa Generale sul Trattamento dei dati personali pubblicata sul sito web della ASL di Teramo, <https://www.aslteramo.it> e disponibile anche presso il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione.

Li _____

Firma _____