Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione della ASL Roma 3

OGGETTO: Richiesta di partecipazione al corso di formazione per il rilascio-rinnovo del certificato di abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari

Cognome: Nome: Cittadinanza Nazione di nascita Comune di nascita: Provincia: | | | Data nascita: | | |-| | |-| | | | | C.F.: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Residente in Via: n. | | | | | C.A.P. | | | | | | Comune: Provincia: | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tel: | | | | | | - | | | | | | | | | | Tel ufficio: | | | | | | - | | | | | | | | | |
| Fax: | | | | | | - | | | | | | | | | | Cellulare: | | | | | - | | | | | | | | | |

E-mail: @ pec :

**C H I E D E**

di partecipare al corso di formazione per il

* rilascio
* rinnovo

per l’abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari di cui alla sezione A.1 del Decreto Ministeriale 22 gennaio 2014. Si allega:

* + copia della ricevuta di versamento di EURO 200,00 mediante bonifico bancario intestato al Dipartimento

di Prevenzione della ASL Roma 3 IBAN IT53X0100503266000000218000 avendo come causale: “

S.I.A.N.-404030184- corso per il rilascio del certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari”;

* + copia della ricevuta di versamento di EURO 100,00 mediante bonifico bancario intestato al Dipartimento di Prevenzione della ASL Roma 3 IBAN IT53X0100503266000000218000 avendo come causale: “

S.I.A.N.-404030184- corso per il rinnovo del certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari”;

* + Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
  + Fotocopia titolo di studio (in caso di rilascio);
  + Codice fiscale o Partita IVA;

Firma del richiedente

………………………………………..

........................ li ........................