



Mod. A2

Accettazione dell'incarico di Institore/Procuratore/Gestore/Incaricato alla Vendita di prodotti Fitosanitari

Il sottoscritto

| | | |
|-------------------------|------|------|
| Cognome | | Nome |
| Codice Fiscale | | |
| Data di nascita | | |
| Luogo di nascita Comune | | |
| Residenza Comune | | |
| Via/piazza | | |
| Tel | Cell | Pec |

consapevole delle responsabilità, anche penali, previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti, richiamate dall'articolo 76 del d.P.R 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi degli artt. 46 e 47 dello stesso d.P.R

RENDE LE SEGUENTI DICHIARAZIONI

| | | | |
|--|---------------|------|----------------------|
| Cittadinanza | | | |
| <input type="checkbox"/> di essere cittadino di uno degli stati membri dell'Unione Europea (specificare) | | | |
| <input type="checkbox"/> di essere cittadino di altro stato non appartenente all'Unione Europea e di essere in possesso del permesso di soggiorno (di cui si allega copia) | | | |
| n.ro | rilasciato da | il | con validità fino al |
| con la motivazione | | | |
| <input type="checkbox"/> di essere apolide, status riconosciuto dall'Ufficio Anagrafe del Comune di | | | |
| <input type="checkbox"/> di accettare l'incarico di institore /procuratore /gestore/incaricato alla vendita dell'attività di commercio e vendita di prodotti fitosanitari e loro coadiuvanti sita in | | | |
| Comune di | Provincia | CAP | |
| in Via/Piazza | | n.ro | |
| intestata alla ditta | | | |

Di essere in possesso del titolo di studio

Diploma di istruzione superiore di durata quinquennale nella specializzazione _____ conseguito presso _____ nell'anno _____

Diploma di laurea (anche triennale nelle discipline:
 agrarie e forestali biologiche naturali ambientali chimiche farmaceutiche mediche e veterinarie
 conseguito presso _____ nell'anno _____

Di essere in possesso del certificato di abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari ai sensi dell'art 8 del D.lgs 150 del 14 agosto 2012 n.ro _____ rilasciato da _____ il _____ con scadenza _____

che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui dall'art. 67 del D.lgs del 6 agosto 2011, n. 159 (antimafia)⁵;

Informativa in materia di protezione dei dati personali (codice della privacy)

di essere informato/a, ai sensi del D.lgs n. 196/2003 (codice in materia di protezione di 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.

Allegati

Si dichiara di allegare:

- Documento di riconoscimento (necessario per tutti i documenti sottoscritti con firma autografa)
 Permesso di soggiorno - obbligatorio per i cittadini non appartenenti a uno Stato membro dell'Unione Europea

Data

*firma leggibile del dichiarante*⁶

⁵ Il controllo relativo alla veridicità in materia di antimafia è di competenza dei Suap

⁶ La presente deve essere prodotta firmata con firma digitale dal titolare dell'attività. Qualora l'imprenditore sia sprovvisto di firma digitale tutte le dichiarazioni devono essere sottoscritte con firma autografa, accompagnate da copia fotostatica del documento di riconoscimento del dichiarante e dalla procura speciale, il procuratore deve firmare digitalmente l'istanza nonché tutti gli allegati.