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: "U.O.S.D. S.I.A.N. 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: "U.O.S.D. S.I.A.N. 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 .....