Mod. C

Al Direttore del Dipartimento
di Prevenzione
della ASL Frosinone

OGGETTO: **Richiesta di partecipazione al corso di formazione per il rilascio-rinnovo** del certificato di abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari (16, 19, 21, 23, 26 febbraio 2018)

Cognome: _____ Nome: _____

Luogo di nascita: _____ Provincia: |__|__|

Data nascita: |__|__|-|__|__|-|__|__|__|__| C.F.: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente in Via: _____ n. |__|__|__| C.A.P. |__|__|__|__|__|

Comune: _____ Provincia: |__|__|

Tel abitazione: |__|__|__|__|-|__|__|__|__|__|__|__|__|__| [1] Tel ufficio: |__|__|__|__|-|__|__|__|__|__|__|__|__|

Fax: |__|__|__|__|-|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Cellulare: |__|__|__|-|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

E-mail: _____@_____ pec: _____ @ _____

Data scadenza certificato di abilitazione da rinnovare ...../...../.....

Titolo di studio (come requisito ai fini del rilascio di nuova abilitazione) .....

CHIEDE

di partecipare al corso di formazione per il

[ ] RILASCIO

[ ] RINNOVO

dell' abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari di cui alla sezione A.1 del Decreto Ministeriale 22 gennaio 2014.

Si allega:

- copia della ricevuta del versamento di euro ***203,34*** effettuato presso uno sportello RECUP della ASL Frosinone – **COD: AM 21.65** – e finalizzato al **rilascio** del certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari;
- copia della ricevuta del versamento di euro ***101,66*** effettuato presso uno sportello RECUP della ASL Frosinone – **COD: AM 21.66** – e finalizzato al **rinnovo** del certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari;

Firma del richiedente

.....

..... li .....