ASSESSORATO DEL TURISMO, SPORT, COMMERCIO,
AGRICOLTURA E BENI CULTURALI
Dipartimento agricoltura
Produzioni vegetali, Sistemi di qualità e Servizi fitosanitari
Ufficio servizi fitosanitari
Località Grande Charrière, 66
11020 SAINT- CHRISTOPHE

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO PRODUTTORI DI SEMENTI

Il sottoscritto _____, nata/o a _____ (__) il __/__/____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

in qualità di titolare / l. r. della ditta (ragione sociale) _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni false previste dal DPR 445/00,

- dichiara che la ditta effettua
  - ❑ produzione e lavorazione a scopo di vendita di sementi;
  - ❑ confezionamento/riconfezionamento di sementi;
  - ❑ concia, confettatura o altri trattamenti alle sementi per conto terzi;
  - ❑ che l'ubicazione degli stabilimenti di lavorazione delle sementi, diversi dalla sede legale e dai centri aziendali, è la seguente:

  ……
  ……
  ……
  ……
  ……
  ……

❑ che i requisiti professionali posseduti dal sottoscritto/tecnico incaricato, descritti nel sintetico curriculum allegato, sono i seguenti:

- □ ha esercitato per almeno cinque anni attività nel settore sementiero come titolare di azienda sementiera o come coadiuvante familiare o dipendente con responsabilità tecniche;
- □ ha frequentato con esito favorevole un corso di formazione sulle tecniche di produzione nonché sulle normative fitosanitarie e di commercializzazione delle sementi;
- □ ha superato con esito favorevole un colloquio presso il Servizio Fitosanitario Regionale.

- che si impegna a comunicare annualmente al Servizio Fitosanitario Regionale l'elenco dei campi di produzione delle colture porta seme

Data |___|___|___|___|___|___|___|___| In Fede _____ *

(*) Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445/00, in alternativa dell'autenticazione della firma l'istanza può essere presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.