

Protocollo

ASSESSORATO DEL TURISMO, SPORT, COMMERCIO,
AGRICOLTURA E BENI CULTURALI
Dipartimento agricoltura
Produzioni vegetali, Sistemi di qualità e Servizi fitosanitari
Ufficio servizi fitosanitari
Località La Maladière, 39
11020 SAINT- CHRISTOPHE

(Parte riservata all'ufficio)

Cod. pratica _____/_____

Rif. precedente _____/_____

Marca da bollo euro 16,00

**DOMANDA DI RILASCIO DEL
CERTIFICATO DI ABILITAZIONE ALL'ACQUISTO E UTILIZZO DI PRODOTTI FITOSANITARI
AD USO PROFESSIONALE
ESENZIONE CORSO POSSESSO TITOLO DI STUDIO
D. Lgs. 150/2012 - DM 22/01/2014 (PAN) - DGR 1930/2015**

Sezione 1. DATI IDENTIFICATIVI DEL RICHIEDENTE

Cognome e nome _____

Comune di nascita _____

Data di nascita

--	--

--	--

--	--	--	--

Comune di residenza _____

Indirizzo e n. civico _____

Telefono _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sezione 2. RICHIESTE/DICHIARAZIONI/IMPEGNI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

In qualità di: ☐ titolare/legale rappresentante ☐ dipendente

dell'impresa/ditta individuale denominata _____

_____ P. IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

oppure

In qualità di: ☐ hobbista

☐ Chiede di essere ammesso all'esame di verifica per il rilascio dell'abilitazione all'acquisto e utilizzo di prodotti fitosanitari ad uso professionale "patentino fitosanitario"

A TAL FINE DICHIARA

di essere esentato dal corso base, come previsto dal punto A.1.7 del PAN, poiché in possesso di uno dei seguenti titoli di studio: diploma d'istruzione superiore di durata quinquennale o di laurea, anche triennale in discipline agrarie e forestali, biologiche, naturali, ambientali, chimiche, farmaceutiche, mediche e veterinarie.

Sezione 3. DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLA DOMANDA

- 1 foto tessera utile per il riconoscimento (da applicare sull'autorizzazione);
- un'ulteriore marca da bollo da 16,00 euro (da apporre sul certificato di abilitazione);
- fotocopia del codice fiscale e di un documento di riconoscimento personale;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione del possesso del titolo di studio

Saint-Christophe, lì ____/____/____

IL RICHIEDENTE

INFORMATIVA ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Riguardo ai dati forniti si informa che:

- Ai sensi dell'articolo 13 D.Lgs. 196/2003 (Codice della privacy), si informa che la raccolta ed il trattamento dei dati personali sono effettuati per finalità istituzionali, in particolare per l'istruttoria del procedimento;
- Il trattamento dei dati sensibili e giudiziari è svolto ai sensi del Regolamento regionale 24 luglio 2006, n. 2, recante "Trattamento dei dati sensibili e giudiziari di competenza dell'Amministrazione regionale, dell'Azienda regionale sanitaria USL della Valle d'Aosta e degli enti dipendenti dalla Regione";
- Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia l'eventuale rifiuto da parte dell'interessato comporta l'impossibilità di dare adempimento alla richiesta;
- Il trattamento dei dati avviene manualmente e con l'ausilio di mezzi elettronici idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza;
- I dati forniti sono inseriti negli archivi elettronici dell'amministrazione regionale e possono venirne a conoscenza coloro che si occupano dell'istruttoria del procedimento;
- Gli interessati possono esercitare i diritti di cui agli articoli 7 D.Lgs. 196/2003 ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi;
- Il titolare del trattamento dei dati è la Regione Autonoma Valle d'Aosta, con sede in Piazza Deffeyes, 1 – Aosta. Il responsabile del trattamento è il Coordinatore del Dipartimento agricoltura loc. La Maladière n. 39 – Saint-Christophe.

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO RICEVENTE:

all'identificazione dell'identità dell'interessato si è proceduto tramite:

- ☐ firma in presenza del funzionario addetto: _____
- ☐ produzione della copia di un documento di identità.

Compilare la parte seguente al momento della consegna dell'autorizzazione:

Autorizzazione ritirata in data: ____/____/____

Firma per ricevuta: _____

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DEL POSSESSO DI TITOLO DI STUDIO**

(ARTICOLI 47 E 76 D.P.R. 445/2000 - ARTICOLO 30 LEGGE REGIONALE 19/2007)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a

Il _____ e residente

a _____ indirizzo:

consapevole delle responsabilità derivanti dal rilascio di false dichiarazioni,

D I C H I A R A

di essere in possesso del titolo di studio di

..... conseguito nell'anno scolastico

.....

presso

.....

_____, lì _____

I N F E D E

spazio riservato all'ufficio ricevente:

All' identificazione dell'identità dell'interessato si è proceduto tramite:

