

 <p>A.S.L. TO3 Azienda Sanitaria Locale di Collegno e Pinerolo</p> <p>S.C. S.I.A.N. Area Funzionale Igiene Alimenti</p>	<p>SIAN-M 06</p> <p>Richiesta di rilascio/rinnovo di certificato di abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari e coadiuvanti</p>	<p>Data di emissione:27/09/2017 rev. 3 Approvato ed emesso in originale</p>
--	---	---

A.S.L. TO3

Spett.le

S.C. Igiene Alimenti e della Nutrizione

Il/La sottoscritto/a Nato/a a
 il..... residente in Via/C.so..... N...
 in qualità di (es.: titolare, leg.rappres.ecc.)..... dell'esercizio
 sito in
 telefono N. fax N. E-mail

CHIEDE ai sensi del D:Lg 150/2012 e del Dlg 22 gennaio 2014 (PAN)

IL **RILASCIO** del certificato di abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari e relativi coadiuvanti
 oppure
 IL **RINNOVO** del certificato di abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari e relativi coadiuvanti
 (data di scadenza del precedente certificato/...../.....)

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

di aver frequentato il corso obbligatorio presso.....
e di aver ottenuto una valutazione positiva da parte della Commissione esaminatrice

Allega alla presente richiesta:

- 1) n° 1 foto formato tessera;
- 2) Ricevuta del versamento dei diritti sanitari (**Euro 36,00**) sul **C/C n. 36922102** intestato a :
 Azienda Sanitaria Locale TO3, Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, Servizio Tesoreria
 via Martiri XXX Aprile n. 30, 10093 Collegno;
 specificando sulla causale : Richiesta rilascio / rinnovo certificato per vendita prodotti fitosanitari;
- 3) fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità
- 4) fotocopia del codice fiscale
- 5) marca da bollo da Euro 16,00 (da apporre sul certificato rilasciato).

La presente richiesta, è formulata dal sottoscritto, ammonito delle sanzioni penali previste dall'art. 75 D.P.R. n. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti o uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità sotto la sua personale responsabilità.

Data..... Firma.....

Il/La sottoscritto/a Nato /a a
 il..... residente in Via/C.so..... N. ,
 autorizza, ai sensi della Legge 675/96, le strutture in indirizzo al trattamento dei propri dati al fine dell'erogazione della prestazione richiesta e della trasmissione degli stessi come previsto dal DPR 290/01; prende inoltre atto del diritto di accedere ai propri dati ed ottenere le informazioni e quant'altro previsto dall'art.13 della legge 675/96.

Firma.....

NB. Ai sensi dell'art. 10 L. 675 /96 il Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione si impegna a non diffondere i dati personali a soggetti indeterminati ed a utilizzarli esclusivamente per dare corso alla richiesta dell'interessato o per ottemperare a specifici obblighi di Legge.