



Direttore F.F. Dott. Di Gialleonardo F.  
Tel. 0861 420567-531  
Tel. 085 8020923  
pec - sian@pec.aslteramo.it

**Dipartimento di Prevenzione**  
**S.I.A.N.**  
**Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione**  
sede operativa di Giulianova

Mod. A<sub>2</sub>

**Domanda iscrizione al corso di formazione per il rilascio del certificato di abilitazione all'acquisto e all'utilizzo di prodotti fitosanitari e coadiuvanti**

Al Direttore del S.I.A.N.  
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione  
Dipartimento di Prevenzione  
SEDE OPERATIVA di GIULIANOVA

Il/la sottoscritto/a..... nato/a.....  
il.....residente in .....  
via.....codice fiscale .....  
domicilio in ..... via.....  
telefono .....

**chiede**

**l'iscrizione al corso di formazione** della durata di 20 ore per il rilascio del certificato di abilitazione all'acquisto e all'utilizzo dei prodotti fitosanitari

**dichiara**

☐ **di non** essere in possesso del titolo di studio

- [ ] Diploma istruzione superiore durata quinquennale;  
[ ] Laurea triennale;  
[ ] Laurea Magistrale;

in una delle seguenti discipline:

○Agrarie e forestali ○Biologiche ○Naturali ○Ambientali ○Chimiche ○Farmaceutiche ○Mediche ○Veterinarie

**Allega**

1. fotocopia documento di riconoscimento e codice fiscale;
2. attestato di versamento di Euro **35,00** sul conto corrente n. **2585795** intestato a: ASL Teramo - S.I.A.N. Serv. Tes. c/o C.da Casalena Teramo, oppure IBAN IT49 J 07601 15300 000002585795.

Lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13, del D.Lgs 196/03 (NORMATIVA SULLA PRIVACY) e s.m.i.

- ☐ I dati da Lei dichiarati saranno utilizzati dagli Uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da Lei formulata e per le finalità strettamente connesse;  
☐ Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaborati elettronici a disposizione degli uffici;  
☐ I dati, ove richiesti, verranno comunicati alla regione Abruzzo per la gestione dei flussi informativi;  
☐ Il conferimento dei dati è obbligatorio;  
☐ La conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è la seguente: non rilascio dell'autorizzazione;  
☐ Il responsabile del procedimento è il Responsabile del SIAN, domiciliato per la carica in Contrada Casalena - 64100 TERAMO;  
☐ Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsti dall'art. 7 e segg. del D.Lgs 196/03, rivolgendosi all'indirizzo specificato.

Il sottoscritto, in accordo con la normativa vigente, acconsente che i dati riportati sulla presente domanda vengano utilizzati solo ai fini dell'espletamento della pratica in corso.

Lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_