



AUSL 4
TERAMO

il meglio è nel tuo territorio

Direttore F.F. Dott. Di Gialeonardo 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. C 4

Domanda iscrizione al corso di formazione per il rinnovo del certificato di abilitazione all'attività di consulente sull'impiego di prodotti fitosanitari.

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 12 ore per il rinnovo del certificato di abilitazione all'attività di consulente sull'impiego di prodotti fitosanitari

Allega

1. certificato di abilitazione all'attività di consulente sull'impiego di prodotti fitosanitari;
2. fotocopia documento di riconoscimento e codice fiscale;
3. 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, consente che i dati riportati sulla presente domanda vengano utilizzati solo ai fini dell'espletamento della pratica in corso.

Lì _____

Firma _____