

 <p><b>REGIONE ABRUZZO</b></p>	 <p><b>AUSL 4 TERAMO</b> Il meglio è nel tuo territorio</p>	<p>Direttore F.F. Dott. Di Gialleonardo F. Tel. 0861 420567-531 Tel. 085 8020923 pec - sian@pec.aslteramo.it</p>	<p><b>Dipartimento di Prevenzione</b> <b>S.I.A.N.</b> <b>Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione</b>  sede operativa di Giulianova</p>
--	--	--	--

**Mod. V<sub>1</sub>**

**Domanda per il rilascio del certificato di abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari e per sostenere la prova di valutazione**

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**

☐ **di sostenere la prova di valutazione**

**e**

☐ **il rilascio**

del certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari

**dichiara**

☐ di essere in possesso del titolo di studio di cui al art. 8 punto 2 del D. Lgs 150/2012 e del punto A.1.4 comma 2 del PAN (Decreto 22 gennaio 2014);

☐ di essere in possesso dell'attestato di frequenza al corso di formazione tenuto dal:

☐ SIAN AUSL ☐ Organismo accreditato

**Allega**

1. n° 2 foto formato tessera;
2. fotocopia documento di riconoscimento e codice fiscale;
3. attestato di versamento di Euro **20,00** 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;
4. originale attestato di frequenza corso di formazione;
5. ☐ Diploma istruzione superiore durata quinquennale - ☐ Laurea triennale - ☐ Laurea magistrale in una delle seguenti discipline (barrare la voce che interessa)  
☐Agrarie ☐Forestali ☐Biologiche ☐Ambientali ☐Chimiche ☐Mediche ☐Veterinarie

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 \_\_\_\_\_