

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

**Mod. V<sub>2</sub>**

**Domanda iscrizione al corso di formazione per il rilascio del certificato di vendita 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 25 ore per il rilascio del certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari

**dichiara**

- [ ] 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

**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.
3. copia autenticata o originale del titolo di studio di cui sopra.

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 \_\_\_\_\_