

Prot. n. _____ del _____

Spazio riservato
alla fotoMarca da bollo da
€ 16,00

Spazio riservato alla Città Metropolitana

Autoriz. n°

Del

Alla **CITTA' METROPOLITANA DI CAGLIARI**
SETTORE AMBIENTE

SERVIZIO PROTEZIONE E SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE

Via Cadello, 9/b – 09126 CAGLIARI

ambiente@pec.cittametropolitanacagliari.it

Richiesta di 1° rilascio - Rinnovo - del CERTIFICATO DI ABILITAZIONE
ALL'ACQUISTO E UTILIZZO DI PRODOTTI FITOSANITARI, (D.Lgs. n. 150/2012 - D.M.
22.01.2014 - D.G.R. 52/16 del 23/12/2014 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a

Cognome

Nome

nato/a a

- Prov.

il

residente nel Comune di

Via/P.zza/Loc.

nr,

C.A.P.

- Prov.

CODICE FISCALE

- Ubicazione Azienda Comune di

-

Corso LAORE n°

tel. / cellulare

- PEC (**obbligatoria**)

In qualità di (sbarrare la voce che interessa):

Utilizzatori agricoli (*)

- imprenditore agricolo professionale
 coltivatore diretto
 dipendente azienda agricola
 altro: _____

Utilizzatori extragricoli (*)

- imprenditore extragricolo
 contoterzista macchine irroratrici
 dipendente azienda extragricola
 altro: _____

Con il seguente titolo di studio

- laurea
 dipl. di scuola superiore
 licenza media inferiore
 licenza elementare

- azienda ricadente in aree naturali protette o siti Natura 2000

CHIEDE

IL RINNOVO dell'autorizzazione ("patentino verde" - art. 26 DPR 290/2001) nr.

rilasciata in data da

per l'acquisto e l'utilizzo di prodotti fitosanitari, ai sensi dell'art. 9 del D.Lgs 150/2012 e proroga fino all'espletamento dell'attività formativa di aggiornamento -

IL 1° RILASCIO del certificato di abilitazione dell'autorizzazione per l'acquisto e l'utilizzo dei prodotti fitosanitari ai sensi del D.Lgs. n. 150/2012 -

Dichiara di avere presentato all'Agenzia Laore la richiesta di partecipazione all'attività formativa come stabilito dalla Delibera di Giunta della Regione Autonoma della Sardegna, n° 52/16 del 23.12.2014 e s.m.i.

Dichiara (compilare **solo** se in possesso di titolo nell'ambito delle discipline **agrarie e forestali, biologiche e naturali, ambientali, chimiche, farmaceutiche, mediche** :

—
di essere in possesso del titolo di studio
conseguito nell'anno scolastico/accademico/....., presso l'istituto/facoltà
..... di

Allega alla presente:

- n° 1 foto formato tessera, recente (datata non oltre 1 anno), con **nome e cognome** del titolare indicati sul retro della foto stessa;
- n. 1 marca da bollo da € 16,00. **La 2ª marca da bollo da euro 16,00 per il certificato di abilitazione verrà consegnata al ritiro del certificato stesso;**
- n. 1 fotocopia (fronte e retro) di un documento di riconoscimento del richiedente, in corso di validità;
- n. 1 fotocopia (fronte e retro) della tessera sanitaria, in corso di validità;
- precedente autorizzazione originale scaduta ("patentino verde" scaduto -solo per i Rinnovi)
- attestato di partecipazione corso di formazione organizzato da _____

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara sotto la propria personale responsabilità che i dati sopra riportati rispondono a verità.

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28/12/2000, la presente dichiarazione è stata sottoscritta e presentata unitamente a **copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.**

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, di quanto segue:

- i dati forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione;
- il trattamento sarà effettuato con supporto informatico e/o cartaceo ;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso al procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;
- titolare del trattamento è la CITTÀ METROPOLITANA DI CAGLIARI;
- i dati potranno essere comunicati: a soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati a forza di disposizione di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme; a soggetti che hanno necessità di accedervi per finalità ausiliarie al rapporto che intercorre tra Lei e l'Autorità competente, nei limiti strettamente necessari per svolgere compiti ausiliari.

Luogo e data,

.....
Firma