**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

**U.O.C. IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE**

Via Renato Paolini, 47 – 65124 Pescara

[**www.ausl.it**](http://www.ausl.it)**sian@ausl.pe.it****igienealimenti.aslpe@pec.it**

**Mod. A2**

 Al Direttore dell’

 U.O.C. S.I.A.N.

Prot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Azienda ASL di Pescara

 Via Paolini, 47 PESCARA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_) e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dell’azienda\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sita in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in possesso di** (barrare la voce che interessa): **󠇯**

󠇯 **󠆬** Diploma istruzione superiore durata quinquennale 󠇯 󠆬 󠆧 󠇯󠆨 Laurea triennale 󠇯 󠆧 󠇯󠆧 Laurea Magistrale

**in una delle seguenti discipline**: 󠆧󠇯 Agrarie 󠆧󠇯 Forestali 󠆧󠇯 Biologiche

 󠆧

󠇯 Ambientali 󠆧**󠇯**Chimiche 󠆧 󠆧**󠇯**Mediche 󠆧 **󠆧󠇯**Veterinarie

 **C H I E D E**

di partecipare al test di valutazione finalizzati al **RILASCIO** del certificato di abilitazione **all’ACQUISTO ED ALL’UTILIZZO** dei prodotti fitosanitari e loro coadiuvanti.

*Allega alla presente:*

* + *due fotografie formato tessera (con firma leggibile sul retro di ognuna);*
	+ *fotocopia del titolo di studio che esonera dalla frequenza del corso;*
	+ *fotocopia di un valido documento d’identità;*
	+ *attestazione di versamento della somma di* ***€ 18,00*** *per il rilascio del certificato di abilitazione, effettuato sul c/c postale n°* ***16355497*** *intestato a:* ***ASL Pescara - S. I. A. N.,*** *indicando nella causale di versamento:* ***“abilitazione acquisto prodotti fitosanitari”.***

**DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iL/LA RICHIEDENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Informativa ai sensi DELL’art. 13, D. LGS 196/03 (Normativa sulla privacy)**

* 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 Via Paolini, 47-65124 Pescara.
* 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 Decreto Legislativo 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.*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_