**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**](mailto:sian@ausl.pe.it)[**igienealimenti.aslpe@pec.it**](mailto:igienealimenti.aslpe@pec.it)

**Mod. A3**

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 utilizzatore professionale in possesso del certificato di abilitazione all’acquisto ed utilizzo di prodotti fitosanitari N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_rilasciato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e valido fino al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**C H I E D E**

di partecipare al corso di aggiornamento per il **RINNOVO** del certificato di abilitazione **all’ACQUISTO ED ALL’UTILIZZO** dei prodotti fitosanitari e loro coadiuvanti.

*Allega alla presente:*

* + *attestazione di versamento della somma di € 49,00 (di cui: € 31,00 per l’iscrizione al corso + € 18,00 per il rinnovo del certificato di abilitazione), effettuato sul c/c postale n°* ***16355497*** *intestato a:* ***ASL Pescara - S. I. A. N.,*** *indicando nella causale di versamento:* ***“rinnovo 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_