

MOD 1

Marca da bollo
€ 16,00

Foto in
Allegato

Spett. U.P.A. di Lecce – 73100, Viale Aldo Moro
Tel. 0832/373432, Fax 08329/3373890
Email: f.colucci@regione.puglia.it
PEC: upa.lecce@pec.rupar.puglia.it

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ prov. di _____

CHIEDE

per tramite del soggetto attuatore, di frequentare il corso per il RILASCIO/ RINNOVO dei certificati di abilitazione all'acquisto ed utilizzo di Prodotti Fitosanitari.

A tal proposito, consapevole di quanto previsto dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci in forma di atti falsi o di chi ne fa uso, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, sotto la sua personale responsabilità,

AUTOCERTIFICA

di essere residente in _____ via _____ n. ___ tel. _____

- di non essere in possesso dell'abilitazione di cui chiede il rilascio;
- di essere in possesso dell'abilitazione n. _____ rilasciata il _____;
- di essere a conoscenza di dover frequentare un corso per il primo rilascio dell'abilitazione richiesta di n. 20 ore, ai sensi del D.M. 22/01/2014 e della D.G.R. _____ del _____;
- di essere a conoscenza di dover frequentare un corso per il rinnovo dell'abilitazione richiesta di n.12 ore, ai sensi del D.M. 22/01/2014 e della D.G.R. _____ del _____;
- di essere in possesso del titolo che lo esonera dalla frequenza del corso al primo rilascio, ai sensi del D.M. 22/01/2014 e della D.G.R. _____ del _____ e chiede, pertanto la partecipazione all'esame finale;
- di essere utilizzatore professionale ai sensi dell'art. 3 comma c del D.lgs n. 150 del 14/08/2012 e della D.G.R. _____ del _____;
- di essere a conoscenza che codesto Ufficio potrà effettuare il trattamento dei dati personali riportati su questo modulo solo per finalità istituzionali.

Allega: una marca da bollo in corso legale, da apporre sul certificato di abilitazione, 2 foto recenti retro firmate, copia documento di identità e originale abilitazione scaduta.

Il richiedente

_____, Li _____