



REGIONE SICILIANA

All'Assessorato Regionale dell'Agricoltura  
dello sviluppo rurale e Pesca  
Servizio 12 – Ispettorato dell'Agricoltura  
di Ragusa  
Condotta Agraria di Scicli

**OGGETTO:** Richiesta di formazione per l'ottenimento dell'abilitazione all'acquisto e uso dei prodotti fitosanitari. (Applicazione D.lgs. N° 150 del 14 Agosto 2012 art. 9 DDG 6402 del 12/12/14)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

via /contrada \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ \* tel/cell. \_\_\_\_\_

\* indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

A codesto Spett.le Ufficio, di poter partecipare al:

☐ **CORSO DI FORMAZIONE PER IL RILASCIO**

previsto dalla legge in oggetto, al fine di ottenere l'attestato di partecipazione per l'ammissione al colloquio per il ***rilascio dell'autorizzazione all'acquisto ed all'uso dei prodotti fitosanitari***,

☐ **CORSO DI AGGIORNAMENTO O RINNOVO (Per chi è già in possesso del patentino)**

Allega alla presente:

- Copie del documento di riconoscimento in corso di validità;
- Copie del codice fiscale;
- Copia del patentino (Solo per Aggiornamento o Rinnovo);
- Dichiarazione per il monitoraggio rapporti Amministrazione/soggetti esterni

Con Osservanza

.....li.....

\_\_\_\_\_  
Firma del richiedente

*\* Si raccomanda la indicazione di un coretto numero telefonico ed e-mail, poiché le successive comunicazioni e convocazioni avverranno tramite questi canali.*

Segue dichiarazione

MARCA DA  
BOLLO



Ass. Reg.le dell'Agricoltura, Sviluppo Rurale e Pesca Mediterranea  
Servizio 4 Fitosanitario Regionale e Lotta all'Agropirateria  
UO S4.09 -Ufficio Fitosanitario Ragusa-

Vittoria

OGGETTO: D. Lgs. n. 150 del 14 agosto 2012. art. 9 -certificato di abilitazione all'acquisto e all'utilizzo di prodotti fitosanitari e coadiuvanti -Domanda di RILASCIO.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ C. F. \_\_\_\_\_

titolare (nel caso d'imprenditore agricolo) dell'azienda sita in Comune di \_\_\_\_\_ contrada \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

avendo superato l'esame finale del corso di formazione di cui all'art. 7 D. Lgs. n. 150 del 14 agosto 2012 e

succ. modifiche ed integrazioni, in data \_\_\_\_\_

#### CHIEDE IL RILASCIO

ai sensi della normativa in oggetto, del certificato di abilitazione all'acquisto e all'utilizzo di prodotti fitosanitari e loro coadiuvanti.

*Si allega alla presente la seguente documentazione:*

- N. 1 marche da bollo di valore corrente.;
- Copia di documento d'identità in corso di validità; Copia Codice Fiscale;
- N. 2 foto formato tessera. -
- Dich. Rapporti di Parentela

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

**REGIONE SICILIANA**  
**Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza**  
**Monitoraggio dei rapporti amministrazione/soggetti esterni**  
**Art. 1, comma 9, lettera e) Legge n. 190/2012**

*DICHIARAZIONE ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000*

II/La sottoscritto/a....., nato/a a.....  
(prov.....), il....., residente in..... (prov.....),  
via/piazza..... n. ...., C. F. ....,  
in..... qualità..... di (indicare: Titolare/Rappresentante  
legale/Procuratore./Amministratore./Socio/Dipendente) .....  
di (società/ente/impresa) .....  
con sede legale nel Comune di.....  
(prov.....), Via..... n. .... C.F./P.I. ....

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite per le dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del D.P.R. n.445/2000, dalle disposizioni del codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.,

**DICHIARA**

☐ Che non sussistono relazioni di coniugio, di convivenza, di parentela o affinità entro il II grado, tra il sottoscritto né, per quanto di propria conoscenza, tra i titolari, i rappresentanti legali, i procuratori, gli amministratori, i soci e i dipendenti del soggetto giuridico per il quale presta la presente dichiarazione e i dipendenti della Regione Siciliana deputati alla trattazione del procedimento;

☐ Che sussistono relazioni di coniugio, di convivenza, di parentela o affinità entro il II grado, tra il sottoscritto e/o, per quanto di propria conoscenza, tra i titolari, i rappresentanti legali, i procuratori, gli amministratori, i soci e i dipendenti del soggetto giuridico per il quale presta la presente dichiarazione ed i dipendenti della Regione Siciliana deputati alla trattazione del procedimento, come di seguito indicato:

Soggetto esterno (indicare): Titolare/ Rappresentante legale o Procuratore incaricato/ Amministratore/Socio/Dipendente				Relazione di parentela e/o coniugio (1)	Dipendente della Regione Siciliana (2)				
Cognome	Nome	Luogo/ data nascita	Residenza	(indicare): coniugio/ convivenza/ parentela/ affinità	(indicare): Dirigente/ Funzionario/ Istruttore	Cognome	Nome	Luogo/ data nascita	Residenza
					Funzionario	Salamone	Pippo	Vittoria	Vittoria

(1) **Coniugio**: marito, moglie; **parentela**: figlio/a, padre, madre, nonno/a, nipote (figlio del figlio o della figlia), fratello o sorella; **affinità** (vincolo tra un coniuge e i parenti dell'altro coniuge): suocero o suocera del dichiarante, figlio o figlia del coniuge, nonno o nonna del coniuge, nipote (figlio del figlio del coniuge), cognato o cognata.

(2) **I nomi dei dipendenti sono consultabili, per Struttura (Servizio o U.O.), collegandosi al seguente link:**  
<https://www.regione.sicilia.it/istituzioni/regione/strutture-regionali/assessorato-agricoltura-sviluppo-rurale-pesca-mediterranea/dipartimento-agricoltura/organizzazione/servizio-4-servizio-fitosanitario-regionale-lotta-alla>

**DICHIARA** altresì

- ☐ di avere ricevuto dalla Regione Siciliana informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Reg. (UE) 2016/679 - "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati";
- ☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla Regione Siciliana ogni variazione o modifica rispetto alle situazioni sopra dichiarate.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e Data)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

*In caso di firma autografa allegare copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità*