

REGIONE CAMPANIA
AREA GENERALE DI COORDINAMENTO
SVILUPPO ATTIVITA' SETTORE PRIMARIO

AL DIRIGENTE DEL SETTORE
T.A.P.A. – Ce.P.I.C.A.
Centro Direzionale Isola A6
NAPOLI

OGGETTO: Richiesta partecipazione corso “patentino” per il corretto impiego dei fitofarmaci.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI ARTT. 46 E 47, DPR 28.12.2000, N. 445

Il sottoscritto _____
nato a _____ *il* _____
residente a _____ *c.a.p.* _____
via _____ *n.* _____ *tel.* _____

D I C H I A R A

- A) di essere nella condizione agricola di (1) _____*
B) di essere in possesso del titolo di studio di _____
C) di non frequentare contemporaneamente altro corso di formazione professionale in agricoltura.

C H I E D E

di essere ammesso alla frequenza del corso di formazione professionale in agricoltura per il rilascio dell'autorizzazione all'acquisto di presidi sanitari MOLTO TOSSICI, TOSSICI o NOCIVI come previsto dal DPR n. 290/01.

All'uopo allega: due foto formato tessera, fotocopia documento di riconoscimento.

IL RICHIEDENTE

(1) coltivatore diretto, bracciante agricolo, imprenditore agricolo, altro.

Da compilarsi a cura del richiedente a macchina o in stampatello

