



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

AL DIRETTORE GENERALE
Dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza
Via Torraca, 2
85100 Potenza

Oggetto: Richiesta di Rilascio/Rinnovo del certificato di abilitazione alla vendita di prodotti Fitosanitari e loro coadiuvanti ai sensi dell'art. 23 del D. P. R. 290 del 23/04/2001

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____

Residente in _____ via _____ n° _____

Titolare della rivendita di prodotti fitosanitari con sede in _____

via _____ n° _____

CHIEDE

- Il **Rilascio** del certificato di abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari;
- Il **Rinnovo** del certificato di abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari scaduto di validità.

Distinti Saluti

Allegati:

1. n°1 Foto formato tessera;
2. n°1 Marca da bollo da euro 14,62;
3. Attestazione di avvenuto versamento di euro 33,00 su c/c n°10410850
4. Attestato di frequenza a corso di aggiornamento sui prodotti fitosanitari e loro coadiuvanti con valutazione finale positiva se non organizzato da questa Azienda Sanitaria.

In fede
