

**E' POSSIBILE INVIARE A MEZZO FAX AL NUMERO:
0775830128 (SIAN Frosinone)**

Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione
Azienda USL di Frosinone
Via Fabi - 03100 - FROSINONE

Al Responsabile S.C. SIAN
Azienda USL di Frosinone
Via Fabi - 03100 - FROSINONE

OGGETTO: Richiesta di partecipazione al corso di formazione 2013 per il rilascio/rinnovo del certificato di abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
residente in _____ via _____ n. _____
Cod. Fisc. _____ tel. _____ Fax _____
Cellulare _____ e-mail _____

CHIEDE

di partecipare al corso per il:

- RILASCIO
RINNOVO

dell'abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari di cui al DPR 23.4.2001 n. 290, che si terrà presso la Sala Teatro della ASL di Frosinone (via Armando Fabi, Frosinone) nei giorni 30 - 31 Gennaio / 04-06-08 Febbraio 2013, dalle ore 8.00 alle ore 13.00 per il RILASCIO abilitazione, e dalle ore 10.00 alle ore 13.00 per il RINNOVO - Esami il 16 Febbraio 2013 - ore 9.00.

Si allega:

- copia della ricevuta di versamento (da effettuarsi c/o Sportello RECUP ASL Frosinone):

<p>Corso per RILASCIO abilitazione vendita presidi sanitari AM 21.65 (€ 200,00)</p>
--

- copia della ricevuta di versamento (da effettuarsi c/o Sportello RECUP ASL Frosinone):

<p>Corso per RINNOVO abilitazione vendita presidi sanitari AM 21.66 (100,00)</p>

oppure attraverso:

- bonifico bancario in favore di Azienda USL di Frosinone:
CODICE IBAN: VF18A0200014804000400002537.
Riportando obbligatoriamente le Generalità del versante, e come causale: Rinnovo o rilascio abilitazione alla vendita fitosanitari.

Data, _____

Firma del richiedente