

AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI
PREVENZIONE DELLA AUSL FROSINONE

AL DIRETTORE DELLA S.C. SIAN
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AUSL FROSINONE

LORO SEDI

FAX 0775 830128

OGGETTO: Richiesta di partecipazione al corso di formazione
per il rilascio/rinnovo del certificato di abilitazione
alla vendita di prodotti fitosanitari e loro coadiuvanti.
Anno 2014

Il/la Sott.....

nat... a Il.....

residente in cap Provincia

Via N. COD. FISC.

Telefono Cell. Fax

e-mail

CHIEDE DI PARTECIPARE AL CORSO ORGANIZZATO DALLA AUSL FROSINONE PER IL

RILASCIO

RINNOVO

dell'abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari, di cui al DPR 23/04/2001, n. 290 e s.m.i., che si terrà presso la Sala
Teatro della ASL Frosinone nei giorni 20 - 24 - 27 - 31 GENNAIO - 03 FEBBRAIO 2014, ore 9,00 - 13,00.

Esami il 14 FEBBRAIO 2014, ore 9,00 (SOLTANTO PER I RILASCI)

SI ALLEGA:

- **PER IL RILASCIO:** COPIA DELLA RICEVUTA DI VERSAMENTO DI EURO 200,00 EFFETTUATO ALLA TESORERIA DELLA AUSL FR ATTRAVERSO UNA CASSA RECUP (CODICE AM 21.65) OPPURE BONIFICO BANCARIO (IBAN: IT 18A0200814804000400002537), RIPORTANDO TUTTI I DATI UTILI PER LA FATTURAZIONE;
- **PER IL RINNOVO:** COPIA DELLA RICEVUTA DI VERSAMENTO DI EURO 100,00 EFFETTUATO ALLA TESORERIA DELLA AUSL FR ATTRAVERSO UNA CASSA RECUP (CODICE AM 21.66) OPPURE BONIFICO BANCARIO (IBAN: IT18A0200814804000400002537), RIPORTANDO TUTTI I DATI UTILI PER LA FATTURAZIONE

Firma del richiedente