

Marca da  
Bollo  
€ 16,00

**ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE  
DELLA PROVINCIA DI BERGAMO  
Area Igiene Alimenti e della Sicurezza Nutrizionale  
Via Borgo Palazzo 130  
24125 - BERGAMO**

**Oggetto: DOMANDA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI ABILITAZIONE ALLA VENDITA DI PRODOTTI  
FITOSANITARI E COADIUVANTI AI SENSI DELL'ART. 23 DEL D.P.R. 290/2001.**

Il sottoscritto: .....  
nato a: ..... (prov. ....) il :.....  
residente in ..... (prov. ....)  
via/p.zza: ..... n. ....  
codice fiscale: .....

A norma di quanto disposto dall'art. 23 del D.P.R. 23 aprile 2001, n. 290

**C H I E D E  
IL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI ABILITAZIONE ALLA VENDITA  
DI PRODOTTI FITOSANITARI E COADIUVANTI**

Dichiaro di aver seguito apposito corso organizzato da.....dal ..... al .....  
 chiedo, pertanto, di essere ammesso all'esame per il conseguimento del certificato richiesto

**Oppure**

Dichiaro di essere esente dall'obbligo del corso e dell'esame come da allegata autocertificazione

Allega inoltre

- copia ricevuta di versamento intestato alla A.S.L.;
- due marche da bollo da € 16,00 di cui una da mettere in alto a sinistra del presente modello;
- 2 fotografie.

Chiedo che ogni comunicazione sia trasmessa al seguente indirizzo:

..... via .....comune ..... tel.: .....

Data .....

IN FEDE (firma per esteso, leggibile) .....

**OGGETTO: Dichiarazione sostitutiva autocertificazione art. 23 punto 5) del D.P.R. 290/2001.**

Il sottoscritto: .....

nato a: ..... (prov. ....)

il (gg/mm/aaaa): .....

residente in: ..... (prov. ....)

via/p.zza: ..... n. ....

codice fiscale: .....

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

#### **DICHIARA**

Di essere in possesso:

- del Diploma di.....  
conseguito il ..... presso .....
- della Laurea in .....  
conseguita il ..... presso .....

#### **DICHIARA, inoltre**

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 10 della Legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente dichiarazione.

Data .....

IN FEDE (firma per esteso, leggibile) .....

**NOTA BENE:**

- La prestazione richiesta è soggetta a pagamento dei **diritti sanitari** (voce n. **41** del Tariffario del Dipartimento di Prevenzione Medico n. 309 del 19-03-2014), per l'importo di:

€ **24,14** senza esami

€ **42,25** con esami

L'effettuazione del versamento può avvenire con le seguenti modalità:

1) su c/c postale n. 16182248 intestato ASL provincia di Bergamo, Servizio 1 Bergamo;

2) pagamento mediante POS – BANCOMAT;

bonifico bancario **"Servizio di Tesoreria e Cassa dell'ASL di Bergamo"** presso **Istituto Bancario Credito Valtellinese di Sondrio - IBAN: IT 35 1052161110000000004444.**