

Mod. Agg. Maggio 2026

Alla c.a. del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione della ASL di Oristano

RICHIESTA DI RINNOVO DEL CERTIFICATO DI ABILITAZIONE ALLA VENDITA DEI PRODOTTI FITOSANITARI
(D.Lgs n. 150/2012)

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____
_____ Prov _____ il _____ Domicilio/Residenza:
_____ Prov. _____
Via _____ CAP _____ tel./cell. _____
Codice fiscale _____
Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____
Indirizzo di posta elettronica _____

CHIEDE

IL RINNOVO del certificato di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari n _____ rilasciato il _____
ai sensi del Dlgs n. 150/2012.

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

DICHIARA

Di essere in possesso dei requisiti richiesti dall'art. 8 comma 2 del D.Lgs 150/2012, in particolare:

- di aver superato l'esame finale del corso di abilitazione per l'acquisto, utilizzo e vendita dei prodotti fitosanitari in data
____/____/____

Azienda socio sanitaria locale n. 5 Oristano

Sede Legale Via Carducci n. 35 - CAP 09170 Oristano
Tel.: 0783/3171 - P.IVA/C.F.: 01258180957
email: direzione.generale@asloristano.it
PEC: protocollo@pec.asloristano.it
Sito aziendale: www.asl5oristano.it



Struttura Complessa

Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Via Carducci, 35 09170 Oristano
Telefono: 0783/317729
email: sian@asloristano.it
PEC: sian.oristano@pec.asloristano.it

Allega alla presente:

- ☐ n. 2 foto formato tessera recenti firmate sul retro (n. 1 per il certificato da rilasciare al richiedente e n. 1 per la copia del certificato che rimane agli atti della ASL);
- ☐ n. 2 marche da bollo del valore corrente (da apporre sulla domanda e sul certificato rilasciato dalla ASL);
- ☐ fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- ☐ attestazione dell'avvenuto pagamento della tariffa prevista dal DPR n° 138 del 20/11/2024, pari a € 20,00 Bonifico su C/C Bancario IT79N0101517400000070783392 Banco di Sardegna Fil. Oristano centro (800) - Via Giuseppe Garibaldi n. 2 Oristano con la causale SIAN Rilascio CAV

Il sottoscritto dichiara:

- ☐ i dati e le dichiarazioni sopra riportati, sono resi ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., con la consapevolezza: delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 dello stesso D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del Decreto legislativo n° 196 del 30/06/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data, _____

Firma del Richiedente _____

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28/12/2000, la presente dichiarazione è stata sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Firma del Richiedente _____

Azienda socio sanitaria locale n. 5 Oristano

Sede Legale Via Carducci n. 35 - CAP 09170 Oristano
Tel.: 0783/3171 - P.IVA/C.F.: 01258180957
email: direzione.generale@asl5oristano.it
PEC: protocollo@pec.asl5oristano.it
Sito aziendale: www.asl5oristano.it



**Struttura Complessa
Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione**

Via Carducci, 35 09170 Oristano
Telefono: 0783/317729
email: sian@asl5oristano.it
PEC: sian.oristano@pec.asl5oristano.it