

**MODELLO: RICHIESTA PARTECIPAZIONE CORSO PER IL RILASCIO DEL
CERTIFICATO DI ABILITAZIONE ALL'ATTIVITA' DI CONSULENTE**

All'U.O. S4.04
Osservatorio per le Malattie delle Piant
Via Sclafani 34
95024 ACIREALE CT

Il/La sottoscritt_____

nat_ il _____ a _____ prov. (____)

domiciliat_/residente a _____ prov. (____)

indirizzo _____ CAP _____

tel. _____ e-mail _____

CHIEDE,

ai sensi degli artt. 7 e 8 comma 3 D. Lgs. n. 150 del 14 agosto 2012 ed in conformità a quanto previsto dall'allegato I parte A del Decreto del 22 gennaio 2014 (adozione del P.A.N.), di essere ammess_ a partecipare al "*Corso di Formazione di base per Consulenti*" ed alla relativa valutazione finalizzata al rilascio del certificato di abilitazione all'attività di consulente.

DICHIARA,

pertanto, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di dichiarazioni mendaci e non veritiere sotto la propria personale responsabilità,

di essere in possesso del seguente titolo di studio _____

conseguito in data ____/ ____/ _____ presso _____

_____ .

Allega alla presente:

- ☐ fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità

luogo e data

firma

Il/la sottoscritt_ dichiara di essere informat_, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Tutela della Privacy), che i dati personali raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

luogo e data

firma