

All'Azienda USL di Ferrara  
Dipartimento di Sanità Pubblica  
U.O. Igiene degli Alimenti e Nutrizione  
PEC: [dirdsp@pec.usl.fe.it](mailto:dirdsp@pec.usl.fe.it)  
e-mail : [igienealimentinutrizione@ausl.fe.it](mailto:igienealimentinutrizione@ausl.fe.it)

e.p.c

AL SERVIZIO FORMAZIONE PROFESSIONALE Regione Emilia Romagna  
PEC: [servfp@postacert.regione.emilia-romagna.it](mailto:servfp@postacert.regione.emilia-romagna.it)

AL SERVIZIO RICERCA INNOVAZIONE E PROMOZIONE DEL SISTEMA  
AGROALIMENTARE  
PEC: [Agrissa@postacert.regione.emilia-romagna.it](mailto:Agrissa@postacert.regione.emilia-romagna.it)

AL SERVIZIO PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA  
PEC: [segrsanpubblica@postacert.regione.emilia-romagna.it](mailto:segrsanpubblica@postacert.regione.emilia-romagna.it)

**Oggetto: RINUNCIA ALL'ATTESTATO DI ABILITAZIONE ALLA VENDITA PRODOTTI FITOSANITARI**

Il sottoscritto .....  
nato a ..... il .....  
e residente a ..... Prov. ....  
in via/piazza ..... n.c. ....  
tel. .... cell. .... e-mail .....

**RINUNCIA ALL'ATTESTATO DI ABILITAZIONE ALLA VENDITA PRODOTTI FITOSANITARI  
N..... RILASCIATO IN DATA ..... CON SCADENZA.....**

- al fine di ottenere il RILASCIO dell'abilitazione alla consulenza per la difesa fitosanitaria a basso apporto di prodotti fitosanitari  
 per motivi personali

**Per quanto sopra esposto consegna l'originale dell'attestato di abilitazione alla vendita di cui sopra.**

E' consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art.76 del D.P.R.445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000).

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art.13 del D.Lgs.196/03.

..... li .....

Firma

**\* Da compilare a cura dell'Unità Operativa Igiene degli Alimenti e Nutrizione**

Si attesta che il Sig.....ha presentato richiesta di **Rinuncia** presso il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL di ..... in data ..... PG..... Consegnando l'originale dell' attestato. **Per tale motivo si è proceduto alla cessazione della posizione in Banca Dati ASL.**

**L'incaricato**