Il/la sottoscritto/a      .

nato/a       (  ) il

titolare/rappresentante legale dell’Operatore Professionale (O.P.)

     , Partita Iva       ,

con sede legale in

Comune di       (   ),

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 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 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445,

**DICHIARA**

che è stato/a nominato/a responsabile tecnico/persona di contatto con il Servizio fitosanitario regionale (SFR), operante in modo continuativo per l'O.P., il/la Sig./ra

residente in

Comune di       .(   ),tel. n°.     ,

mail      …, pec:

il/la quale possiede i seguenti requisiti di professionalità (*barrare ciò che interessa*):

Titolo di studio (diploma di laurea o tecnico in ambito agrario/forestale)      ;

Attestato di partecipazione corso di formazione sulla normativa fitosanitaria e di qualità presso (indicare l’Ente, la sede e la data)      ;

Attestato di superamento colloquio presso il SFR (indicare l’Ente, la sede e la data)

     .

La persona sopra indicata è autorizzata a rapportarsi con il Servizio Fitosanitario Regionale per conto dell’O.P.

Il sottoscritto ha preso visione dell’informativa sulla privacy (art. 13 del Regolamento UE/2016/679 ), alla pagina <https://www.amap.marche.it/agenzia/tutela-dati-personali-privacy> [ Informativa Trattamento Dati - Servizio Fitosanitario Regionale]

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo       e Data | IN FEDE  (firma del dichiarante) \* |
| Firma per accettazione della persona  di contatto con il SFR \* |  |
|  |  |