Verona, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Presidente dell’Ordine dei Dottori Agronomi e Dottori Forestali della Provincia di Verona  
[*agronomiforestaliverona@epap.sicurezzapostale.it*](mailto:agronomiforestaliverona@epap.sicurezzapostale.it)

Oggetto: Decreto legislativo 150/2012 e DGR Veneto 1101/2015. Richiesta dichiarazione di attività di consulenza tecnica nel settore della difesa fitosanitaria.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Dottore Agronomo/Dottore Forestale nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritto all’Ordine dei Dottori Agronomi e Dottori Forestali della Provincia di Verona al n. \_\_\_\_,

chiede

il rilascio della dichiarazione di possesso dei requisiti di adeguata esperienza lavorativa per attività di consulenza nel settore della difesa fitosanitaria come previsto dal punto 2.1 dell’Allegato A della DGR Veneto n. 1101 del 18/08/2015.

Distinti saluti.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

(rilasciata ai sensi dell’art. 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Dottore Agronomo/Dottore Forestale nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritto all’Ordine dei Dottori Agronomi e Dottori Forestali della Provincia di Verona al n. \_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

di aver maturato le esperienze lavorative complessivamente per almeno 24 mesi, dal 26/11/2010 e fino al 26/11/2015, nel settore dell’assistenza tecnica o della consulenza nel settore della difesa fitosanitaria applicata alla difesa integrata e biologica secondo il dettaglio e la documentazione allegata riepilogata nel prospetto che segue.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Dal* | *Al* | *Descrizione attività* | *Documentazione allegata comprovante lo svolgimento dell’attività* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Allegare documento di identità valido e la documentazione dichiarata*