Il/la sottoscritto/a      .

nato/a       (  ) il

[ ]  titolare/ [ ]  rappresentante legale dell’Operatore Professionale (O.P.)       RUOP      , 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       nato a       il       e residente in       Comune di       .(   ),tel. n°.     ,

mail      …, pec:

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

* + [ ]  Titolo di studio in materie di indirizzo agrario o forestale;
	+ [ ]  Esperienza pregressa di almeno cinque anni in un'attività professionale analoga a quella per la quale ha chiesto la registrazione al registro ufficiale degli operatori professionali come titolare o coadiuvante familiare o dipendente, con responsabilità tecniche;
	+ [ ]  Attestato di partecipazione a corso di formazione organizzato sulla base di un programma approvato dal Servizio fitosanitario nazionale presso (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 del responsabile tecnico / personadi contatto con il SFR \* |  |
|  |  |