

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/la Sottiscritto/a:

Codice Fiscale:

Nato/a a:

Il:

Residente a:

In via - nr civico:

DICHIARA

**L'assenza di cause di incompatibilità previste dal PAN all'azione A 1.10.2 - D.M.
22/01/2014 per cui:**

- Di possedere adeguate competenze tecnico-professionali per svolgere le docenze nell'ambito dei corsi, propedeutici al rilascio od al rinnovo delle abilitazioni;

- Di non avere rapporti di dipendenza o di collaborazione diretta, a titolo oneroso, con strutture che distribuiscono sul mercato i prodotti fitosanitari, o con le società titolari di autorizzazione di prodotti fitosanitari, secondo la definizione di cui all'art. 3, paragrafo 24 del regolamento (CE) n. 1107/2009.

Firma

Luogo e Data,

Si allega copia fotocopia del documento di identità n.