**DELEGA PER IL RITIRO DELL’ABILITAZIONE ALLA CONSULENZA PER LA DIFESA FITOSANITARIA A BASSO APPORTO DI PRODOTTI FITOSANITARI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Il/la sottoscritto/a ………………………………………………………………………………….**

**Nato/a il ………………….**

**a ………………………………………………………………. prov. ………….**

**DELEGA**

**Nome..............................................................**

**Cognome………………………………………..**

**Documento di riconoscimento……………………….**

**al ritiro dell’abilitazione**

|  |  |
| --- | --- |
| Data ……………… | Firma leggibile del dichiarante  …................................................................... |

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento del delegante

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |