



**REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA**  
**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'AGRICOLTURA E REFORMA AGRO-PASTORALE

ASSESSORATO DELL'AGRICOLTURA E RIFORMA AGRO-PASTORALE

Direzione generale

Servizio Sostenibilità e qualità delle produzioni agricole e alimentari

Allegato A alla determinazione n. 12226/429 dell'11/08/2016

Registro dei trattamenti per gli utilizzatori professionali – Modulo aziendale

Oggetto: D.lgs. n. 150/2012 - DM 22 gennaio 2014 – Legge n. 4 del 3 febbraio 2011. Decreto dell'Assessore dell'Agricoltura e Riforma Agro-pastorale n. 1870 DECA 45 del 10 agosto 2016. Revisione del registro dei trattamenti dei prodotti fitosanitari per gli utilizzatori professionali e del registro delle operazioni colturali e di magazzino per l'applicazione dei disciplinari di produzione integrata



**REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA**  
**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Allegato A- Modulo aziendale

Modulo aziendale

**REGISTRO DEI TRATTAMENTI  
CON PRODOTTI FITOSANITARI  
PER GLI UTILIZZATORI PROFESSIONALI**



**SCHEDA A**

ANNO \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI RELATIVI ALL'AZIENDA**

COGNOME O RAGIONE SOCIALE		NOME		SESSO*	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROVINCIA	TELEFONO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
CODICE FISCALE	P. IVA	DOMICILIO*	SEDE LEGALE*		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
INDIRIZZO E NUMERO CIVICO		COMUNE	PROVINCIA		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<b>UBICAZIONE AZIENDA (solo se diversa dal domicilio o sede legale)</b>					
INDIRIZZO E NUMERO CIVICO		COMUNE	PROVINCIA		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<b>RAPPRESENTANTE LEGALE (solo se il titolare è persona giuridica)</b>					
COGNOME O RAGIONE SOCIALE		NOME		SESSO*	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROVINCIA	TELEFONO/CELLULARE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
OPERATORE IN POSSESSO ABILITAZIONE (solo se diverso da titolare azienda) **		N. ABILITAZIONE UTILIZZO PF			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			

\* sbarrare la parte che interessa

\*\* nel caso in cui l'utilizzatore professionale sia diverso dal titolare dell'azienda e compila il registro dei trattamenti

**FIRMA DEL TITOLARE O RAPPRESENTANTE LEGALE**

\_\_\_\_\_



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato A- Modulo aziendale

**SCHEDA B**

**TRATTAMENTI CON PRODOTTI FITOSANITARI AD USO PROFESSIONALE**

Coltura	Data del trattamento	Fase fenologica	Superf. trattata (Ha)	Avversità trattata	Prodotto fitosanitario (formulato commerciale)	Dose (L-Kg/Ha )	Operatore (1)	Firma

Eventuali note con riferimento alla data del trattamento

---

---

---

(1) se il trattamento viene effettuato da un conto terzi occorre timbro e firma del terziario



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato A- Modulo aziendale

**SCHEDA C**

**TRATTAMENTI CON PRODOTTI FITOSANITARI AD USO PROFESSIONALE SULLE DERRATE ALIMENTARI**

ANNO \_\_\_\_\_

Tipologia di derrata alimentare	Data del trattamento	Avversità trattata	Prodotto fitosanitario (formulato commerciale)	Dose (L-Kg/Ha )	Operatore che effettua il trattamento (1)	Firma

Eventuali note con riferimento alla data del trattamento

---

---

---

(1) se il trattamento viene effettuato da un terzista occorre timbro e firma del conto terzista



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato A- Modulo aziendale

**SCHEDA D**

**DICHIARAZIONE DEL CONTOTERZISTA PER TRATTAMENTI CON PRODOTTI FITOSANITARI AD USO PROFESSIONALE**

ANNO \_\_\_\_\_

Ragione sociale:

P.IVA

Indirizzo

Capitale sociale

Registro imprese

N. iscrizione

Spett.le (1)

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

**DICHIARAZIONE DI AVVENUTO TRATTAMENTO CON PRODOTTI FITOSANITARI AD USO PROFESSIONALE**

Autorizzazione (2)  rilasciata da  in data

Titolare autorizzazione (3)

Prodotto acquistato dal contoterzista  SI  NO

Tipo di coltura trattata  Estensione in ettari

Tipologia di derrata

Nome del prodotto utilizzato (4)

Quantità (Kg o Litri)

Data inizio trattamento  Data fine trattamento

Firma (5)

Per ricevuta (6)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**NOTE**

- (1) Dati azienda committente
- (2) Numero dell'abilitazione all'utilizzo dei prodotti fitosanitari ad uso professionale.
- (3) Dati della persona, titolare dell'abilitazione all'utilizzo dei prodotti fitosanitari che ha effettuato il trattamento.
- (4) Denominazione del formulato commerciale
- (5) Legale rappresentante azienda agro meccanica.
- (6) Firma legale rappresentante azienda committente



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato A- Modulo aziendale

**SCHEDA E**

**REGOLAZIONE O TARATURA PERIODICA DELLE ATTREZZATURE PER LA DISTRIBUZIONE DEI PRODOTTI FITOSANITARI**

Attrezzatura (tipologia -marca- modello- numero matricola)	Centro prova*	Data esecuzione regolazione o taratura	Volumi di irrorazione utilizzati	Tipologia colturale riferimento per la regolazione o taratura

\*da compilare in caso di regolazione effettuata presso un centro prova autorizzato; in tal caso la regolazione ha validità fino a 5 anni

