



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 AUTÒNOMA DE SARDEGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato A- Modulo aziendale

Modulo aziendale

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



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato A- Modulo aziendale

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	<input type="text"/>	P. IVA	<input type="text"/>	DOMICILIO*	<input type="checkbox"/> SEDE LEGALE* <input type="checkbox"/>
INDIRIZZO E NUMERO CIVICO		COMUNE	PROVINCIA		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
UBICAZIONE AZIENDA (solo se diversa dal domicilio o sede legale)					
INDIRIZZO E NUMERO CIVICO		COMUNE	PROVINCIA		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
RAPPRESENTANTE LEGALE (solo se il titolare è persona giuridica)					
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

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 _____

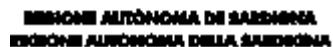
NOTE

- (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

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



Allegato A- Modulo aziendale

SCHEDA F - REGISTRAZIONE DELLE FERTILIZZAZIONI (FACOLTATIVA)[illegible]