

All. f

**Al Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
A. S. P. DI ENNA**

Il / la sottoscritta.....,nato/a a.....
il e residente a.....
in Via / Piazza.....
recapito telefonico.....

CHIEDE

di poter sostenere gli esami per il rilascio del certificato di abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari e loro coadiuvanti fissati per giorno alle ore presso la sede del Dipartimento di Prevenzione per la Salute sito in Viale Diaz,7 Enna.

Enna li,

Firmato