

**U.O.C. Igiene degli Alimenti
e della Nutrizione**

**Azienda U.S.L. Roma 2
Dipartimento di Prevenzione
U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
Via del Casale de Merode, n. 8
00147 Roma**

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo _____

Telefono _____ mail _____

Tipo di Attività: **Richiesta di partecipazione al corso di formazione per: "RILASCIO DEL
CERTIFICATO DI ABILITAZIONE ALLA VENDITA DI PRODOTTI
FITOSANITARI"**

Importo da Pagare: € 200,00 - (Duecento/00)

N.B: L'importo dovuto per le attività sopra descritte è stabilito nel rispetto del Tariffario Regionale previsto dalla D.G.R. Lazio del 19/12/1995 n. 10740.

Il pagamento di quanto dovuto può essere effettuato, utilizzando il presente modello, sia presso gli sportelli CUP, sia servendosi delle Postazioni Automatiche (TOTEM) della ASL Roma 2, oppure tramite bonifico bancario sulle seguenti coordinate – BNL - Ag. 21 Via Tiburtina n 399 – codice **IBAN: IT 79 M 01005 03221 000000218020** utilizzando l'apposita causale.



AN02