



Regione Campania

S.T.A.P.A. Ce.P.I.C.A. di _____

OGGETTO: richiesta di prenotazione controllo funzionalità e taratura macchine irroratrici

Richiedente (denominazione)	Cognome	Nome	
	Nato a	il	
	Residente in Via	Cap	
	Comune	Prov	
In qualità di: Titolare <input type="checkbox"/> Rappresentante legale <input type="checkbox"/> altro (specificare) <input type="checkbox"/> _____	Della Ditta (se diversa dal richiedente)		
	C.F. / partita IVA		
	Con sede in		
Rec. tel. e fax (INDISPENSABILE)	Comune	cap	Prov.
Chiede La verifica dell'efficienza distributiva e taratura della macchina irroratrice di seguito indicata			
Tipo attrezzatura da controllare Impiegata attualmente: <input type="checkbox"/> sotto serre <input type="checkbox"/> pieno campo <input type="checkbox"/> erbacee <input type="checkbox"/> arboree	<input type="checkbox"/> Barra irroratrice <input type="checkbox"/> Atomizzatore		
	Marca		
	Tipo: <input type="checkbox"/> aeroconvenzione / misto <input type="checkbox"/> pneumatico		
	Modello	N. matricola	
	Anno di costruzione	Lt	
Per garantire i dettami minimi necessari per la suddetta diagnosi, ed in mancanza dei quali l'operazione non può essere eseguita, DICHIARA che l'attrezzatura da sottoporre a diagnosi sarà: <ul style="list-style-type: none">• Completamente svuotata da miscele fitoiatriche;• Ben lavata in ogni sua componente e contenente almeno 2 ql di acqua pulita;• Dotata di protezione all'albero cardanico e alla ventola;• Munita di filtro;• Munita di chiusura ermetica del serbatoio;• Dotata di ugelli antigoccia e smontabili;• Dotata di targhetta identificativa leggibile.			

Allega alla presente copia del documento di riconoscimento.

_____ li ___ / ___ / _____

Firma _____