

**DEMANDE DE PREMIER CERTIFICAT INDIVIDUEL PROFESSIONNEL -
PRODUITS PHYTOPHARMACEUTIQUES
UTILISATION – MISE EN VENTE, VENTE – CONSEIL
(ART. R. 254-8 ET SUIVANTS DU CODE RURAL ET DE LA PECHE MARITIME)**

Cette action s'inscrit dans le plan Ecophyto 2018. Pour en savoir plus : <http://www.agriculture.gouv.fr/ecophyto>

Avant de remplir cette demande, lisez attentivement la notice d'information. Transmettez la demande par télé procédure. Lien direct d'accès à la démarche :

<https://mdel.mon.service-public.fr/produits-phytopharmaceutiques-demande-certificat-individuel-professionnel.html>

Transmettez votre justificatif :

l'attestation remise par l'organisme de formation

ou la copie de votre diplôme ou de votre titre

à la direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt de votre lieu de domicile

ou à la direction de l'alimentation de l'agriculture et de la forêt pour les départements d'outre mer

1. VOTRE IDENTITE

Votre nom de naissance : CHAILLOUX

Votre nom d'usage :

Vos prénoms : SEBASTIEN

Votre date de naissance : 1 4 /0 1 /1 9 8 5 Votre département de naissance : 1 6

Votre lieu de naissance : SOYAUX FRANCE

2. VOS COORDONNEES

Adresse n° 5 Rue : Chemin(s) DU CLERC

Lieudit : VADALLE

Code Postal : 1 6 5 6 0 Commune : AUSSAC VADALLE

Téléphone fixe : 0 5 4 5 2 0 6 1 6 0 Téléphone portable :

Adresse électronique : mairie@aussac-vadalle.fr

3. VOS FONCTIONS

Secteur Jardins, Espaces verts, Paysage/ Personnel d'exécution/ Agent

4. LE CERTIFICAT INDIVIDUEL DEMANDE

Activité professionnelle : Utilisation à titre professionnel des produits phytopharmaceutiques - Applicateur en collectivités territo

Catégorie :

Si vous sollicitez votre certificat individuel au titre d'un diplôme ou d'un titre, complétez la rubrique A "votre diplôme ou titre", ci-dessous, puis allez en rubrique 5 "confirmation de la demande. Sinon, allez en rubrique B1.

A. VOTRE DIPLOME OU TITRE

Année d'obtention : _____

Nom du diplôme ou du titre : _____

Délivré par : _____

Les informations demandées en B1, B2 et B3 figurent sur l'attestation remise par l'organisme de formation.

B1. LES COORDONNEES DE L'ORGANISME DE FORMATION

Nom de l'organisme de formation : CNFPT délégation Poitou-Charentes

Adresse n° 50 Rue : Boulevard du Grand Cerf (BP 30384)

Lieudit :

Code Postal : 8 6 0 1 0 Commune : POITIERS Cedex

B2. LA MODALITE DE PREPARATION DU CERTIFICAT

Au titre de la formation seule :

Dates de formation : du 2 4 / 0 6 / 2 0 1 4 au 2 5 / 0 6 / 2 0 1 4

Ou au titre de la formation et du test, et éventuellement d'un complément de formation :

Dates de formation : du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

Date du test : le ____ / ____ / ____ , numéro : _____ Résultat : ____ / ____

Formation complémentaire après le test : _____

Date de la formation complémentaire : ____ / ____ / ____

Ou au titre d'un test seul :

Date du test : le ____ / ____ / ____ , numéro : _____ Résultat : ____ / ____

B3. LE SIGNATAIRE DE L'ATTESTATION REMISE PAR L'ORGANISME DE FORMATION

Le nom du signataire de l'attestation : CHAILLOUX SEBASTIEN

5. LA CONFIRMATION DE VOTRE DEMANDE

Je soussigné (vos nom et prénom) CHAILLOUX SEBASTIEN

certifie l'exactitude de l'ensemble des informations fournies. Toute fausse déclaration est passible de sanctions pénales.

Fait le 2 9 / 0 5 / 2 0 1 5

Signature

DOCUMENT A CONSERVER PAR LE DEMANDEUR

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. La fourniture des données qu'il contient est obligatoire. La loi vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, en vous adressant au directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt ou au directeur de l'alimentation de l'agriculture et de la forêt, de votre lieu de domicile.