

## NUOVA MODULISTICA DI DEPOSITO PER LE CAMERE DI COMMERCIO OVVERO DEPOSITO POSTALE

## DOMANDA DI CERTIFICATO COMPLEMENTARE DI PROTEZIONE PER FITOSANITARI (CCPF)

UIBM

N° \_\_\_\_\_

Al Ministero dello Sviluppo Economico

DGLC-UIBM

## 1. Dati identificativi del deposito

1.1 Identificativo brevetto di base\*

1.2 Titolo invenzione

1.3 Numero identificativo

1.4 Data deposito

1.5 Riferimento depositante

1.6 Note

## 2. Prodotto

Fitosanitario

Prodotto

## 3. TIPO DI AUTORIZZAZIONE (AIC)

COMUNITARIA\*

DECRETO\DECISIONE

DATA

NOTE

MUTUO RICONOSCIMENTO\*

DECRETO\DECISIONE

DATA

NAZIONE

NOTE

\* Campi obbligatori. Inserire uno dei tre tipi di autorizzazione previsti

FIRMA DEL RICHIEDENTE

**DOMANDA DI CERTIFICATO COMPLEMENTARE DI PROTEZIONE PER FITOSANITARI (CCPF)**

NAZIONALE\*  N° \_\_\_\_\_

DECRETO\DECISIONE  DATA

NOTE

**\* Campi obbligatori. Inserire uno dei tre tipi di autorizzazione previsti**

**4. RICHIEDENTE/I**

Persona Fisica

|                               |                      |                       |   |
|-------------------------------|----------------------|-----------------------|---|
| Codice fiscale***             | <input type="text"/> | Nome*                 | <input type="text"/>                            |
| Cognome*                      | <input type="text"/> | Nazione di nascita    | <input type="text"/>                            |
| Comune e prov. di nascita     | <input type="text"/> | Nazione di residenza* | <input type="text"/>                            |
| Comune e prov. di residenza** | <input type="text"/> | N. Civico**           | <input type="text"/> Cap** <input type="text"/> |
| Indirizzo**                   | <input type="text"/> | Fax                   | <input type="text"/>                            |
| Telefono                      | <input type="text"/> | PEC                   | <input type="text"/>                            |
| Email o CECPAC                | <input type="text"/> |                       |   |

|                               |                      |                       |   |
|-------------------------------|----------------------|-----------------------|---|
| Codice fiscale***             | <input type="text"/> | Nome*                 | <input type="text"/>                            |
| Cognome*                      | <input type="text"/> | Nazione di nascita    | <input type="text"/>                            |
| Comune e prov. di nascita     | <input type="text"/> | Nazione di residenza* | <input type="text"/>                            |
| Comune e prov. di residenza** | <input type="text"/> | N. Civico**           | <input type="text"/> Cap** <input type="text"/> |
| Indirizzo**                   | <input type="text"/> | Fax                   | <input type="text"/>                            |
| Telefono                      | <input type="text"/> | PEC                   | <input type="text"/>                            |
| Email o CECPAC                | <input type="text"/> |                       |   |

Persona giuridica

|                               |                       |                      |                            |
|-------------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------------|
| C.F. o P.IVA***               | <input type="text"/>  |                      |                            |
| Tipo società*                 | <input type="text"/>  |                      |                            |
| Denominazione*                | <input type="text"/>  |                      |                            |
| Comune e prov. sede/filiale** | Nazione sede/filiale* | <input type="text"/> |                            |
| Indirizzo**                   | N. Civico**           | <input type="text"/> | Cap** <input type="text"/> |
| Telefono                      | Fax                   | <input type="text"/> |                            |
| Email o CECPAC                | PEC                   | <input type="text"/> |                            |

**\*Campi obbligatori.**

**\*\* Da inserire obbligatoriamente per i richiedenti residenti o con sede legale in uno Stato dell'Unione europea**

**\*\*\* Da inserire obbligatoriamente per i richiedenti in possesso di codice fiscale o partita iva rilasciati da un Ente italiano**

**FIRMA DEL RICHIEDENTE**

NUOVA MODULISTICA DI DEPOSITO PER LE CAMERE DI COMMERCIO OVVERO DEPOSITO POSTALE

DOMANDA DI CERTIFICATO COMPLEMENTARE DI PROTEZIONE PER FITOSANITARI (CCPF)

N° \_\_\_\_\_

5. RAPPRESENTANTE

DOMICILIO ELETTIVO

Denominazione studio\*

Indirizzo\*

N. Civico\*

Nazione \*

Comune e Provincia\*

Cap \*

Telefono\*

Fax

Email o CECPAC\*

PEC\*

ELENCO RAPPRESENTANTI

Codice fiscale\*

Cognome\*

Nome\*

\*Campi obbligatori. Inserire almeno uno dei seguenti: Email, PEC o CECPAC

6. DOCUMENTI ALLEGATI

DOCUMENTI OBBLIGATORI

AL/RI/AS (\*)

N. esemplari

Dichiarazione art. 3 Reg. CE 1610/1996

Documento AIC

Riassunto caratteristiche tecniche

FIRMA DEL RICHIEDENTE

NUOVA MODULISTICA DI DEPOSITO PER LE CAMERE DI COMMERCIO OVVERO DEPOSITO POSTALE  
DOMANDA DI CERTIFICATO COMPLEMENTARE DI PROTEZIONE PER FITOSANITARI (CCPF)

N° \_\_\_\_\_

**ALTRI DOCUMENTI**

|  | AL/RI/AS (*)             | N. esemplari         |
|--|--------------------------|----------------------|
| Copia AIC  | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Dichiarazione di conformità a PIP                          | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Dichiarazione di estensione ai sali ed esteri              | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Dichiarazioni aggiuntive                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Documento prima AIC  | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Domanda di CCPF  | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Prova dell'esistenza della/e AIC in tutti gli stati membri | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Traduzione prima AIC                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

**DOCUMENTI D'INCARICO**

|   | AL/RI/AS (*)             | N. esemplari         |                   |
|---|--------------------------|----------------------|-------------------|
| Copia lettera d'incarico multipla                         | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | (*) AL = Allegato |
| Copia lettera d'incarico presentata con domanda collegata | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | RI = Riserva      |
| Lettera d'incarico  | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | AS = Assente      |
| Lettera d'incarico multipla                               | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |                   |

N. di riferimento di un incarico precedentemente depositato

N. fogli aggiuntivi per il seguente paragrafo

Richiesta copia conforme (SI/NO)

Numero pagine totali

**FIRMA DEL RICHIEDENTE**

**VERBALE DI PRESENTAZIONE**

Numero di domanda

CCIAA di  Sigla

In data  è stata a me presentata la domanda di cui sopra corredata da N°  fogli aggiuntivi

Annotazioni dell'Ufficiale rogante

|                |                        |                     |
|----------------|------------------------|---------------------|
| Il depositante | Timbro<br>dell'Ufficio | L'Ufficiale rogante |
|----------------|------------------------|---------------------|