

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



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)

N° _____

NAZIONALE*

DECRETO\DECISIONE

DATA

NOTE

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

4. RICHIEDENTE/I

Persona Fisica

Codice fiscale***

Cognome*

Nome*

Comune e prov. di nascita

Nazione di nascita

Comune e prov. di residenza**

Nazione di residenza*

Indirizzo**

N. Civico**

Cap**

Telefono

Fax

Email o CECPAC

PEC

Codice fiscale***

Cognome*

Nome*

Comune e prov. di nascita

Nazione di nascita

Comune e prov. di residenza**

Nazione di residenza*

Indirizzo**

N. Civico**

Cap**

Telefono

Fax

Emailo CECPAC

PEC

Persona giuridica

C.F. o P.IVA***

Tipo società*

Denominazione*

Comune e prov. sede/filiale**

Nazione sede/filiale*

Indirizzo**

N. Civico**

Cap**

Telefono

Fax

Email o CECPAC

PEC

***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

DOMANDA DI CERTIFICATO COMPLEMENTARE DI PROTEZIONE PER FITOSANITARI (CCPF)

N° _____

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

5. DOMICILIO ELETTIVO

C/O*	<input type="text"/>		
Indirizzo*	<input type="text"/>	N. Civico*	<input type="text"/>
Nazione *	<input type="text"/>	Comune e Provincia*	<input type="text"/> Cap * <input type="text"/>
Telefono*	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
Email o CECPAC*	<input type="text"/>	PEC*	<input type="text"/>

***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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(*) AL = Allegato
Documento AIC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RI = Riserva
Riassunto caratteristiche tecniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AS = Assente

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="checkbox"/>	(*) AL = Allegato
Dichiarazione di conformità a PIP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RI = Riserva
Dichiarazione di estensione ai sali ed esteri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AS = Assente
Dichiarazioni aggiuntive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Documento prima AIC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Domanda di CCPF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prova dell'esistenza della\e AIC in tutti gli stati membri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Traduzione prima AIC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Numero pagine totali

N. fogli aggiuntivi per il seguente paragrafo

Richiesta copia conforme (SI/NO)

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 dell'Ufficio	L'Ufficiale rogante
----------------	------------------------	---------------------