

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
 DGTP-IUIBM**

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

2.1 Fitosanitario

2.2 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

Conforme al modello ministeriale - www.uibm.gov.it

STUDIO 74 - www.studio74.it

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

Conforme al modello ministeriale - www.lubm.gov.it

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	<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	<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**	<input type="text"/>	Nazione sede/filiale*	<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	<input type="text"/>	PEC	<input type="text"/>

*Campi obbligatori. Inserire almeno un Richiedente.

** Da inserire obbligatoriamente per i richiedenti residenti o con sede legale in uno Stato dell'Unione europea o dello spazio economico europeo.

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

STUDIO 74 - www.studio74.it

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"/>
Dichiarazione di conformità a PIP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dichiarazione di estensione ai sali ed esteri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 dell'ale AIC in tutti gli stati membri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traduzione prima AIC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOCUMENTI D'INCARICO

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

N. di riferimento di un incarico precedentemente depositato

Numero pagine totali

N. fogli aggiuntivi per i seguenti paragrafi

Richiesta copia conforme (SI/NO)

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali di cui al regolamento (UE) 2016/679 pubblicata sul sito istituzionale della Direzione Generale per la Tutela della Proprietà Industriale Ufficio Italiano Brevetti e Marchi del Ministero dello Sviluppo Economico (https://uibm.mise.gov.it/Images/documenti/Informativa_Privacy.pdf)

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
----------------	------------------------	---------------------