

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

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

NAZIONALE*	<input type="checkbox"/>	N° _____
DECRETO/DECISIONE	<input type="text"/>	DATA <input type="text"/>
NOTE	<input type="text"/>	

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

**4. RICHIEDENTE/I**

Persona Fisica

Codice fiscale***	<input type="text"/>		
Cognome*	<input type="text"/>	Nome*	<input type="text"/>
Comune e prov. di nascita	<input type="text"/>	Nazione di nascita	<input type="text"/>
Comune e prov. di residenza**	<input type="text"/>	Nazione di residenza*	<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"/>

Codice fiscale***	<input type="text"/>		
Cognome*	<input type="text"/>	Nome*	<input type="text"/>
Comune e prov. di nascita	<input type="text"/>	Nazione di nascita	<input type="text"/>
Comune e prov. di residenza**	<input type="text"/>	Nazione di residenza*	<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"/>

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 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**

**FIRMA DEL RICHIEDENTE**

NUOVA MODULISTICA DI DEPOSITO PER LE CAMERE DI COMMERCIO OVERO 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*	

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

**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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

STUDIO 74 - www.studio74.it

**FIRMA DEL RICHIEDENTE**

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

**DOMANDA DI CERTIFICATO COMPLEMENTARE DI PROTEZIONE 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 RI = Riserva AS = Assente
Copia lettera d'incarico presentata con domanda collegata	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Lettera d'incarico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
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 dell'Ufficio	L'Ufficiale rogante
----------------	------------------------	---------------------