

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"/>	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 O VERO DEPOSITO POSTALE

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/ 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**

5. DOMICILIO ELETTIVO

C/O*	<input type="text"/>		
Indirizzo*	<input type="text"/>		N. Civico* <input type="text"/>
Nazione *	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

(*) AL = Allegato

Documento AIC

RI = Riserva

Riassunto caratteristiche tecniche

AS = Assente

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° _____

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"/>	

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

Numero pagine totali

N. fogli aggiuntivi per il seguente paragrafo

4	<input type="text"/>
---	----------------------

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

STUDIO 74 - www.studio74.it

