

DOMANDA DI CERTIFICATO COMPLEMENTARE DI PROTEZIONE PER FITOSANITARI (CCPF)



N° \_\_\_\_\_

Al Ministero dello Sviluppo Economico

DGuh@UIBM

1. Dati identificativi del deposito

1.1 Identificativo brevetto di base\*

1.2 Titolo invenzione

1.3 Numero identificativo invenzione

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

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

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

Email

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

PEC

\*Campi obbligatori. @ k

\*\* 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° \_\_\_\_\_

**5. RAPPRESENTANTE**

5.1 DOMICILIO ELETTIVO

C/o*			
Indirizzo*			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	<input type="text"/>	PEC*	<input type="text"/>

5.2 ELENCO RAPPRESENTANTI

Codice fiscale*	Cognome*	Nome*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\*Campi obbligatori.

**6. DOCUMENTI ALLEGATI**

**DOCUMENTI OBBLIGATORI**

	AL/RI/AS (*)	N. esemplari
Dichiarazione art. 3 Reg. CE 1610/1996	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Documento AIC	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Riassunto caratteristiche tecniche	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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 della/e 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

Numero fogli aggiuntivi per i seguenti paragrafi

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