

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*

Comune e prov. di nascita

Comune e prov. di residenza**

Indirizzo**

Telefono

Email

Nome*

Nazione di nascita

Nazione di residenza*

N. Civico**

Cap**

Fax

PEC

Codice fiscale***

Cognome*

Comune e prov. di nascita

Comune e prov. di residenza**

Indirizzo**

Telefono

Email

Nome*

Nazione di nascita

Nazione di residenza*

N. Civico**

Cap**

Fax

PEC

Codice fiscale***

Cognome*

Comune e prov. di nascita

Comune e prov. di residenza**

Indirizzo**

Telefono

Email

Nome*

Nazione di nascita

Nazione di residenza*

N. Civico**

Cap**

Fax

PEC

@ 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° _____

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

C.F. o P.IVA***

Tipo società*

Denominazione*

Comune e prov. sede/filiale**

Nazione sede/filiale*

Indirizzo**

N. Civico**

Cap**

Telefono

Fax

Email

PEC

5. DOMICILIO ELETTIVO

C/O*

Indirizzo*

N.Civico*

CAP*

Comune e Prov.*

Nazione*

Tel.*

Fax

Email*

PEC*

*Campi obbligatori. @

h-# o

h-#

** 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

6. DOCUMENTI ALLEGATI

DOCUMENTI OBBLIGATORI

AL/RI/AS (*)

N. esemplari

Dichiarazione art. 3 Reg. CE 1610/1996

Documento AIC

Riassunto caratteristiche tecniche

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="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"/>

(*) AL = Allegato
 RI = Riserva
 AS = Assente

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