|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** | | |
| **Número Procedimiento** | **Código SIACI** | **PROCEDIMIENTO SOLICITADO** |
| 040144 | S323 | EXPEDICIÓN O DUPLICADO DE CARNÉ DE MANIPULADOR DE PRODUCTOS FITOSANITARIOS |
| 040145 | SJ2M | RENOVACIÓN DE CARNÉ DE MANIPULADOR DE PRODUCTOS FITOSANITARIOS |
| 040252 | SK3P | SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN DEL CARNÉ DE MANIPULADOR DE PRODUCTOS FITOSANITARIOS |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | |
| NIF  NIE | | | | Número de documento: | | | |
| Nombre: | | 1º Apellido: | | | | 2º Apellido | |
| Domicilio: | | | | | | | |
| Provincia: | | | C.P.: | | | | Población: |
| Teléfono: | Teléfono móvil: | | | | Correo electrónico: | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | |
| NIF  NIE | | | | Número de documento: | | | |
| Nombre: | | 1º Apellido: | | | | 2º Apellido | |
| Domicilio: | | | | | | | |
| Provincia: | | | C.P.: | | | | Población: |
| Teléfono: | Teléfono móvil: | | | | Correo electrónico: | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL ORGANISMO, INSTITUCIÓN O ENTIDAD ORGANIZADORA DEL CURSO** | | | | | | | |
| Número de documento: | | | | | | | |
| Nombre/Razón Social: | | | | | | | |
| Domicilio: | | | | | | | |
| Provincia: | | | C.P.: | | | | Población: |
| Teléfono: | Teléfono móvil: | | | | Correo electrónico: | | |
| Nombre del representante: | | 1º Apellido: | | | | 2º Apellido | |
| NIF  NIE | | | | Número de documento: | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** | | | | | | | |
| **SOLICITA:** | |  | |  | | |  |
| PRIMERA EMISION DE CARNÉ | | RENOVACIÓN | | DUPLICADO | | | CONVALIDACIÓN **\*** |
| **\*Convalidación: sólo para emisión de carné cualificado** | | | | | | | |
| **EXPONE que ha superado el siguiente CURSO DE MANIPULADOR DE FITOSANITARIOS** | | | | | | | |
| Nivel: | | | | | | | |
| BASICO | CUALIFICADO | | FUMIGADOR | | | APLICADOR AGROFORESTAL | |
| Entidad Organizadora: | | | | | | | |
| Lugar de Celebración: | | | | | Fecha: | | |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** |
| **Declaraciones responsables:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que: |
| Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello. |
| Igualmente, la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal. |
| **Autorizaciones:**  **AUTORIZA** a este órgano gestor de la Consejería de Agricultura Medio Ambiente y Desarrollo Rural para que pueda proceder a la comprobación y verificación de los siguientes datos:  **SI**  **NO:** Los acreditativos de identidad. |
| **SI  NO** Los datos o documentos que se encuentre en poder de la Administración regional, concretamente los siguientes:  **-** Documento       , presentado con fecha      /     /      ante la unidad       de la Consejería de  **-** Documento       , presentado con fecha      /     /      ante la unidad       de la Consejería de  Todo ello en los términos establecidos en los artículos 4 y 5 del Decreto 33/2009, de 28 de abril, por el que se suprime la aportación de determinados documentos en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y de sus organismos públicos vinculados o dependientes, **comprometiéndose, en caso de no autorización, a aportar la documentación pertinente.** |
| **Documentación**  Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:  En todos los casos, resguardo del pago de la tasa correspondiente  **Expedición**:  Certificado de haber superado el curso.  **Renovación**:  Carné de manipulador de productos fitosanitarios caducado (solo en caso de renovación del carné).  **Convalidación**:  Copia de la documentación que acredite la formación que se posee  Certificado emitido por el centro donde se cursaron los estudios a convalidar que acredite el plan de estudios y unidades didácticas superadas. |

|  |
| --- |
| **PAGO DE TASAS** |
| En caso de primera emisión de carné, renovación del mismo para los niveles básico y cualificado o convalidación, el procedimiento conlleva una tasa de **EUROS**  En caso de primera emisión de carné o renovación del mismo para los niveles fumigador y aplicador agroforestal, el procedimiento conlleva una tasa de **EUROS**  En caso de emisión de duplicado, el procedimiento conlleva una tasa de **EUROS** |
| Podrá acreditar el pago realizando:  Electrónicamente, mediante la referencia  Presencialmente, adjuntado copia del modelo 046, cumplimentado por la entidad bancaria. |

En       a       de       de

Fdo.: