



## TARATURA DELLE ATTREZZATURE PER L'APPLICAZIONE DEI PRODOTTI FITOSANITARI

### Adesione al controllo funzionale e regolazione irroratrici

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di titolare/rappresentante

della Ditta \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di sottoporre a controllo funzionale la seguente attrezzatura

**Tipologia irroratrice**     **diserbo**     **fitofarmaci**

1) Marca \_\_\_\_\_ Modello \_\_\_\_\_ N. Serie o identificativo \_\_\_\_\_

Data di primo acquisto \_\_\_\_\_ anno costruzione \_\_\_\_\_ data di acquisto presunta \_\_\_\_\_

Disponibilità manuale di uso e manutenzione    SI    NO (se disponibile portare al Centro Prova)

2) Marca \_\_\_\_\_ Modello \_\_\_\_\_ N. Serie o identificativo \_\_\_\_\_

Data di primo acquisto \_\_\_\_\_ anno costruzione \_\_\_\_\_ data di acquisto presunta \_\_\_\_\_

Disponibilità manuale di uso e manutenzione    SI    NO (se disponibile portare al Centro Prova)

### Caratteristiche della trattrice abbinata

Trattore: marca \_\_\_\_\_ modello \_\_\_\_\_ CV \_\_\_\_\_

E' disponibile per la verifica preferibilmente nei giorni di: \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_