**RESEAU DES CFA- CFPPA**

**des Régions PACA-CORSE**

#### CANDIDATURE AU CERTIFICAT INDIVIDUEL

#### CERTIPHYTO

**Vos coordonnées**

NOM :

Prénoms :

Date de naissance : ……………………………..Lieu de naissance :

Adresse :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Tél : ……………………………… Fax : ………………………………….. Email :……………………………..………………………….

**Date de la session à laquelle vous souhaitez vous inscrire :…… …………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………..**

*Si vous souhaitez une session spécialement consacrée à vos salariés, nous contacter.*

**Nom et Coordonnées de l’entreprise**……….…………………………………………………………......................................

……………………………………………………………………………………………………………………………….………………

Tel :…………………………………………. Adresse email

Nombre de salariés dans l’entreprise (en Equivalent Temps Plein) : ……………………………………………………………....

N° SIRET : …………………………………………………………………………. Code APE : …………………………………

Nom et coordonnées du contact : ……………………………………………………………………………………….

Tel :…………………………………………………………………..Email :………………………………………………..

**Demandez vous une prise en charge OPCA:**

** FAFSEA  VIVEA  Autres FAF …………………………………..**

**N° Adhérent FAFSEA : ……………………………………………………**

Si vous souhaitez une prise en charge de l’OPCA , merci de prendre contact avec votre organisme au moins 3semaines avant le début de la formation –

|  |
| --- |
| Vous exercez votre activité en, **utilisant à titre professionnel des produits phytopharmaceutiques dans les catégories « décideur en travaux et services » et/ou « opérateur en travaux et services »** vous êtes : (*cochez les cases qui vous concernent)*   Chef d’entreprise   Salarié Vous êtes  Chef d’équipe **ou**  Ouvrier **ou**  Les 2 |

|  |
| --- |
| Vous exercez votre activité dans le secteur de la **« distribution de produits professionnels » et/ou « produits grand public ».** vous êtes : (*cochez les cases qui vous concernent)*  Chef d’entreprise  Salarié Vous êtes  Manager/chef de rayon **ou**  Vendeur/conseil **ou**  Les 2  Magasinier |

|  |
| --- |
| Vous exercez votre activité dans le secteur « **conseil à l’utilisation des produits phytopharmaceutiques** ».  Vous êtes : (*cochez les cases qui vous concernent)*   Dirigeant   Salarié |

|  |
| --- |
| Vous exercez votre activité en **« utilisant à titre professionnel des produits Phytopharmaceutiques » dans les catégories « décideur en exploitation agricole » et. /ou « opérateur en exploitation agricole »** vous êtes : (*cochez les cases qui vous concernent)*   Employeur / Exploitant  Conjoint collaborateur  Cotisant Solidaire  En Parcours PPP  S’il y a lieu, Précisez le statut juridique de votre exploitation : ………………………………………  Vous intervenez   Sur exploitation en nom propre  Pour le compte de tiers en prestations de service  Si vous êtes salarié   Salarié d’exploitation agricole Vous êtes  Chef d’équipe **ou**  Ouvrier **ou**  Les 2   Salarié de CUMA Vous êtes  Chef d’équipe **ou**  Ouvrier **ou**  Les 2   Salarié d’Entreprises Vous êtes  Chef d’équipe **ou**  Ouvrier **ou**  Les 2  de Travaux Agricoles |

**Domaines/secteurs d’activités *(cochez les cases qui vous concernent)***

|  |
| --- |
| ** Productions**   Polyculture/élevage,  Arboriculture fruitière et petits fruits,   Grandes cultures,  Productions ornementales (fleurs et pépinières),   Viticulture,  Sylviculture   Productions légumières et maraîchage, Autre *(précisez)*:  ** Entretien des espaces verts et des jardins**   Entreprise privée Travaux à destination  des professionnels  des particuliers   Collectivité territoriale Précisez …………………………………………………………………………………..   Secteurs des loisirs  Hôtellerie de plein air  Golf   Autre *(précisez)*: …………………………………………  ** Hygiéniste 3D (dératisation, désinsectisation, désinfection**)  Précisez l’activité : ………………………………………………………………………..  Type de produits utilisés  phytosanitaires, précisez :……………………………………………………………..   biocides, précisez : …………………………………………………...…………...…..   biocides avec AMM transitoires (ex : Goliath gel, Notrac Bloc)…………………...  Si l’entreprise utilise des produits biocides avec AMM transitoires, est-ce qu’une personne dans l’entreprise possède le DAPA ou un Certiphyto ?  OUI  NON  ** Distribution**   Pour les particuliers (jardineries, grandes surfaces…) Précisez l’enseigne : ……………………………………..   Pour les professionnels (coopératives, négoce …) Précisez l’enseigne : ……………………………………..  **Diplômes, DAPA, certificats…. et/ou formations qualifiantes suivies :** |
| Pré-requis : vous maitrisez la compréhension du français à l’oral :  oui  non  à l’écrit :  oui  non  Vous avez arrêté vos études en classe de ………………………………....  Formations diplômantes :  Intitulé : ……………………………………………………….. Année : ………………… Diplôme obtenu :  oui  non  Possédez-vous un Certificat Individuel Certiphyto ?  OUI NON  Si oui, précisez la catégorie concernée :……….DTS…………………….  Et la date d’obtention : …………………………………  *Merci de joindre une copie du Certiphyto obtenu pour suivre une formation Certibiocides* |

### Type d’utilisation des produits phytopharmaceutiques

### (*Cochez les cases qui vous concernent)*

|  |
| --- |
| **Dans votre activité, vous êtes amené à***(plusieurs choix possibles) :*   Acheter des produits phytosanitaires  Appliquer des produits phytosanitaires   Vendre des produits aux professionnels  Vendre des produits aux amateurs   Dispenser du conseil au client  Encadrer du personnel   Autre *(précisez)* : …………………………………………………………………………….. |

**contacts :**

**Département 13 CFPPA d’Aix Valabre CATHERINE.ORSINI@educagri.fr tel : 04-42-65-78-61**

**Contactez nous pour toutes nos autres formations courtes,**

**catalogue à télécharger sur**

**www.campusnatureprovence.com**

  ** **