**RESEAU DES CFA- CFPPA**

**des Régions PACA-CORSE**

#### CANDIDATURE AU CERTIFICAT INDIVIDUEL

#### CERTIBIOCIDES/ BIOCIDE

**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 aurore.khelfi@educagri.fr tel : 04-42-93-87-33**

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

**catalogue à télécharger sur**

**www.campusnatureprovence.com**

 **  **