Demande d'attestation de certificat individuel d'utilisation des produits phytopharmaceutiques délivré par le ministère en charge de l'agriculture

EN CAS DE PERTE OU DE NON RECEPTION DU CERTIFICAT

Identité

Madame ☐ **Monsieur** ☐

Nom : ----------

Epouse : ----------

Prénoms : ----------

Nationalité : ----------

Né(e) le : ----------

à ---------- **Département:** ----------

Adresse

Numéro, rue, bâtiment: ----------

Code postal: ---------- **Commune:** ---------- **Pays:** ----------

Tél: ----------

Adresse mail: ----------

Certificat obtenu

Spécialité : ----------

Année d'obtention : ----------

N° Certificat : ----------

Département : ----------

Signature de la demande

Fait à : **Le :**

Signature :

Adresse où transmettre la demande

DRAAF – SRFD Normandie
Certiphyto
6, boulevard Général
Vanier
CS 95181
14070 CAEN CEDEX 5

ou mail : certiphyto.draaf-normandie@agriculture.gouv.fr