



DRAAF-SRFD CORSE

**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 de Corse
Certiphyto
Immeuble le « Solférino »
8 cours Napoléon
20 704 AJACCIO cedex 9**

ou

mail : certiphyto.draaf-corse@agriculture.gouv.fr