

CERTIFICAT INDIVIDUEL « CERTIPHYTO » / formation initiale ou renouvellement

Fiche Inscription

Vos coordonnées

NOM :
 Prénoms :
 Date de naissance :Lieu de naissance :
 Adresse :

 Tél : Fax : Email :

Vos diplômes, certificats.... et/ou formations qualifiantes suivies

Pré-requis : vous maîtrisez la compréhension du français à l'oral : oui non
 à l'écrit : oui non

Pour mieux vous connaître : Comment qualifiez-vous votre maîtrise de base de l'outil informatique (démarrage d'un ordinateur, utilisation d'une souris, navigation Internet,...) :

- Mauvaise, je ne suis pas à l'aise avec un ordinateur
- Normale, j'utilise régulièrement un ordinateur à titre personnel ou professionnel
- Bonne, j'utilise quasiment quotidiennement un ordinateur à titre personnel ou professionnel

Formations diplômantes :

Intitulé : Année : Diplôme obtenu : oui non
 Intitulé : Année : Diplôme obtenu : oui non

Possédez-vous déjà un Certificat Individuel Certiphyto oui non

Si oui, précisez la catégorie concernée :

Et la date de fin de validité :

Dans le cas d'un besoin en formation « renouvellement » merci de joindre une copie de votre certificat à cette fiche de candidature

Domaines/secteurs d'activités dans lequel vous exercez *(cochez les cases qui vous concernent)*

Productions

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Polyculture/élevage, | <input type="checkbox"/> Arboriculture fruitière et petits fruits, |
| <input type="checkbox"/> Grandes cultures, | <input type="checkbox"/> Productions ornementales (fleurs et pépinières), |
| <input type="checkbox"/> Viticulture, | <input type="checkbox"/> Sylviculture |
| <input type="checkbox"/> Productions légumières et maraîchage, | <input type="checkbox"/> Autre <i>(précisez)</i> : |

Entretien des espaces verts et des jardins

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Entreprise privée | Travaux à destination | <input type="checkbox"/> des professionnels | <input type="checkbox"/> des particuliers |
| <input type="checkbox"/> Collectivité territoriale | Précisez : | | |
| <input type="checkbox"/> Secteurs des loisirs | <input type="checkbox"/> Hôtellerie de plein air | <input type="checkbox"/> Golf | |
| <input type="checkbox"/> Autre <i>(précisez)</i> : | | | |

Distribution

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pour les particuliers (jardinerie, grandes surfaces...) | Précisez l'enseigne |
| <input type="checkbox"/> Pour les professionnels (coopératives, négoce ...) | Précisez l'enseigne :
..... |

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 et/ou biocides
- Appliquer des produits phytosanitaires et/ou biocides
- Vendre des produits aux professionnels
- Vendre des produits aux amateurs
- Dispenser du conseil au client
- Encadrer du personnel
- Autre *(précisez)* :

Nombre d'année d'expérience en lien avec l'activité actuelle (estimation) :

Votre statut professionnel *(Complétez la rubrique qui vous concerne uniquement)*

Vous exercez votre activité en utilisant à titre professionnel des produits phytopharmaceutiques EN PRESTATIONS DE SERVICES. Vous êtes : *(cochez les cases qui vous concernent)*

Chef d'entreprise
 Salarié Vous êtes Chef d'équipe **ou** Ouvrier **ou** Les 2

Certificat souhaité : Opérateur Décideur

Est-ce que dans votre entreprise quelqu'un est déjà détenteur d'un certificat dans la catégorie Décideur :
 OUI NON

Indiquer le nom du Fonds de Formation auprès duquel vous cotisez :

FAFSEA VIVEA Autre (préciser) :
N° Adhérent FAFSEA :

Nom et adresse de l'entreprise :

N° SIRET : Code APE :

Tel : Adresse email

Nom et coordonnées du contact :

tel : Adresse email

J'ai lu et j'accepte les Conditions Générales de Vente disponibles sur le site internet du CFPPA (<http://www.cfppa-romans.fr>)

OU *(Complétez la rubrique qui vous concerne uniquement)*

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

Indiquer le nom du Fonds de Formation auprès duquel vous cotisez :

FAFSEA VIVEA Autre (préciser) :
N° Adhérent FAFSEA :

Nom et adresse de l'entreprise :

N° SIRET : Code APE :

Tel : Adresse email

Nom et coordonnées du contact :

Tel : Adresse email

J'ai lu et j'accepte les Conditions Générales de Vente disponibles sur le site internet du CFPPA (<http://www.cfppa-romans.fr>)

OU (Complétez la rubrique qui vous concerne uniquement)

Vous exercez votre activité en « utilisant à titre professionnel des produits phytopharmaceutiques » en tant que « décideur en exploitation agricole » et. /ou « opérateur en exploitation agricole » vous êtes :
(cochez les cases qui vous concernent)

Exploitant / Employeur Conjoint collaborateur Cotisant Solidaire En Parcours PPP

S'il y a lieu, Précisez le statut juridique de votre exploitation :

Si vous êtes salarié

Salarié d'exploitation agricole Vous êtes Chef d'équipe ou Ouvrier ou Les 2

Salarié de CUMA ou Vous êtes Chef d'équipe ou Ouvrier ou Les 2

d'Entreprises de Travaux Agricoles

Certificat souhaité : Opérateur Décideur

Est-ce que dans votre entreprise quelqu'un est déjà détenteur d'un certificat dans la catégorie Décideur :

OUI NON

Vous intervenez

Sur exploitation en nom propre Pour le compte de tiers en prestations de service

Indiquer le nom du Fonds de Formation auprès duquel vous cotisez :

FAFSEA VIVEA Autre (préciser) :

N° Adhérent FAFSEA :

Nom et coordonnées de l'entreprise :

Tel : Adresse email

N° SIRET : Code APE :

J'ai lu et j'accepte les Conditions Générales de Vente disponibles sur le site internet du CFPPA (<http://www.cfppa-romans.fr>)

OU (Complétez la rubrique qui vous concerne uniquement)

Vous exercez votre activité en, utilisant à titre professionnel des produits phytopharmaceutiques en tant que « opérateur en collectivités territoriales » et/ou « décideur en collectivités territoriales » vous êtes :
(cochez les cases qui vous concernent)

Chef d'équipe Agent technique Précisez le grade :

Certificat souhaité : Décideur opérateur

Est-ce que dans votre entreprise quelqu'un est déjà détenteur d'un certificat dans la catégorie Décideur :

OUI NON

Nom de la collectivité territoriale :

Service concerné :

Sport Espaces naturels Espaces verts Funéraire Autre voirie

Tel : Adresse email

Nom et coordonnées du contact :

J'ai lu et j'accepte les Conditions Générales de Vente disponibles sur le site internet du CFPPA (<http://www.cfppa-romans.fr>)