



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΑΓΡΟΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ & ΤΡΟΦΙΜΩΝ  
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΦΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ  
Δ/ΝΣΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΦΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Ταχ. Δ/ση: Λ. Συγγρού 150  
Ταχ. Κώδικας: 176 71 - ΚΑΛΛΙΘΕΑ  
ΤΕΛΕΦΑΧ: 210 92.12.090  
Πληροφορίες: Διον. Βλάχος  
Τηλέφωνο: 210 928.72.38  
Email: [syg032@minagric.gr](mailto:syg032@minagric.gr)

Αθήνα, 26-11-2014

Αριθ. πρωτ: 13230/149801

Προς: Ενδιαφερόμενους φορείς κατάρτισης και κέντρων  
εξετάσεων χορήγησης πιστοποιητικού γνώσεων  
ορθολογικής χρήσης γεωργικών φαρμάκων

- ΚΟΙΝ.: 1. Γραφείο Αναπληρωτή Υπουργού Αγροτικής  
Ανάπτυξης και Τροφίμων, κ. Π. Κουκουλόπουλου  
Αχαρνών 2,  
ΕΝΤΑΥΘΑ
2. Περιφερειακές Ενότητες  
Δ/σεις Αγροτικής Οικονομίας & Κτηνιατρικής  
Έδρες τους
3. Π.Κ.Π.Φ. & Π.Ε.  
Έδρες τους

#### Ε Γ Κ Υ Κ Λ Ι Ο Σ

**Θέμα: «Αναγγελία έναρξης φορέων κατάρτισης στην ορθολογική χρήση των γεωργικών φαρμάκων και κέντρων  
εξετάσεων χορήγησης πιστοποιητικού γνώσεων ορθολογικής χρήσης γεωργικών φαρμάκων»**

Σας επισυνάπτουμε τα έντυπα αναγγελίας έναρξης φορέων κατάρτισης στην ορθολογική χρήση των γεωργικών φαρμάκων και κέντρων εξετάσεων χορήγησης πιστοποιητικού γνώσεων ορθολογικής χρήσης γεωργικών φαρμάκων.

Τα συνημμένα έντυπα θα αναρτηθούν στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων στο διαδίκτυο. Η παρούσα να δημοσιευτεί στο πρόγραμμα : «Διαύγεια».

**Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ**

**Μ. ΚΟΡΑΣΙΔΗΣ**

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΑΓΡΟΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΤΡΟΦΙΜΩΝ**  
**Δ/ΝΣΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΦΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Λ. Συγγρού 150, 176 71 – ΚΑΛΛΙΘΕΑ, Τηλέφωνο: 210 928 7238, FAX: 210 92 12 090,  
 Email: [syg032@minagric.gr](mailto:syg032@minagric.gr)

**ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ**  
**ΚΕΝΤΡΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΓΝΩΣΕΩΝ**  
**ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**  
 (αναγράφεται η επωνυμία του Κέντρου Εξετάσεων)

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών  
 (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος: «Αναγγελία έναρξης λειτουργίας φορέα παροχής κατάρτισης στην ορθολογική χρήση των γεωργικών φαρμάκων» (αναγράφεται ο φορέας) .....

<b>ΠΡΟΣ:</b>	<b>Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων, Διεύθυνση Προστασίας Φυτικής Παραγωγής</b>	<b>ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ</b> ..... <i>(Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)</i>	<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b> ..... <i>(Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)</i>
--------------	---	---	---

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΓΓΕΛΟΝΤΟΣ:** (φυσικό πρόσωπο ή νόμιμος εκπρόσωπος σε περίπτωση νομικού προσώπου)

<b>Όνομα:</b>			<b>Επώνυμο:</b>		
<b>Όνομα Πατέρα:</b>			<b>Επώνυμο Πατέρα:</b>		
<b>Όνομα Μητέρας:</b>			<b>Επώνυμο Μητέρας:</b>		
<b>Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:*</b>		<b>Α.Φ.Μ.</b>		<b>Αριθ. Άδειας Οδήγησης:*</b>	
<b>Αριθ. Διαβατηρίου:*</b>		<b>Αριθ. Βιβλιαρίου Υγείας:*</b>		<b>Ιθαγένεια:</b>	
<b>Ημερομηνία γέννησης:</b>			<b>Τόπος Γέννησης:</b>		

Τόπος Κατοικίας	Χώρα:		Πόλη:	
Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:	E – mail:	

\* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ:**

Επωνυμία:					
Αρ. Καταστατικού:			Έτος Ίδρυσης:		
ΑΦΜ:			Δ.Ο.Υ.		
Αρ. και έτος ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ (για ΑΕ και ΕΠΕ) ή αριθμός και ημερομηνία καταχώρισης στα βιβλία εταιρειών του Πρωτοδικείου της έδρας (για ΟΕ και ΕΕ):					
Α.Φ.Μ.:			Δ.Ο.Υ.:		
Έδρα	Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:
Δήμος / Κοινότητα:			Νομός:		
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

Με την παρούσα, αναγγέλλω την έναρξη λειτουργίας του κέντρου εξετάσεων χορήγησης πιστοποιητικού γνώσεων ορθολογικής χρήσης γεωργικών φαρμάκων (αναγράφεται η επωνυμία).....  
 .....

Επωνυμία επιχείρησης:					
Εγκεκριμένος τίτλος (εάν υπάρχει) :					
Δ/νση Επιχείρησης:	Δήμος/ Κοινότητα:	Οδός:	Αριθμ.:	Τ.Κ.	
Α.Φ.Μ.			Δ.Ο.Υ.		
Τηλ.:		Fax:		E-mail:	

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>1</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- 1) Διαθέτω την **απαραίτητη από τον νόμο άδεια/πιστοποίηση** για λειτουργία της επιχείρησης ως προς το σκοπό της πιστοποίησης των προσόντων.
- 2) Διαθέτω την κατάλληλη κτιριακή και υλικοτεχνική υποδομή και ιδίως επαρκή αριθμό αιθουσών εξοπλισμένων με ηλεκτρονικούς υπολογιστές συνδεδεμένους στο διαδίκτυο.
- 3) Σε κάθε αίθουσα εξέτασης δεν βρίσκονται περισσότεροι από είκοσι (20) εξεταζόμενοι και ένας υπεύθυνος του φορέα ως επιτηρητής. Ο επιτηρητής δεν έχει συμμετάσχει για χρονικό διάστημα τουλάχιστον ενός έτους, ως εκπαιδευτής ή ως εκπαιδευτής εκπαιδευτών σε προγράμματα του συστήματος κατάρτισης στην ορθολογική χρήση των γεωργικών φαρμάκων. Ο επιτηρητής δύναται να παρέχει στους εξεταζόμενους συνδρομή μόνο σε θέματα σύνδεσης στη βάση δεδομένων της εξέτασης

**Αποδέχομαι την ανάρτηση στην ιστοσελίδα του ΥΠΑΑΤ των στοιχείων του κέντρου (επωνυμία, διεύθυνση, τηλέφωνο, fax, email) με σκοπό την ενημέρωση των ενδιαφερομένων.**

.....  
(Ημερομηνία)

Ο/Η αναγγέλλων/αναγγέλλουσα

(Σφραγίδα-υπογραφή)

**ΠΡΟΘΕΣΜΙΑ :** Εντός τριμήνου από την αναγγελία έναρξης λειτουργίας του ιδιωτικού φορέα παροχής **κατάρτισης στην ορθολογική χρήση των γεωργικών φαρμάκων**, η Υπηρεσία δύναται να απαγορεύσει τη λειτουργία του, στην περίπτωση που δεν συγκεντρώνονται οι νόμιμες προϋποθέσεις προς τούτο ή δεν προκύπτει η συνδρομή τους από τα υποβληθέντα στοιχεία. Μετά την παρέλευση άπρακτης της ανωτέρω προθεσμίας τεκμαίρεται ότι ο φορέας λειτουργεί ελεύθερα (αρ. 3 του Ν.3919/2011 ΦΕΚ 32 τ.Α').

**ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ ΕΝΑΡΞΗΣ : 0 ΕΥΡΩ**

<sup>1</sup> «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών»

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΑΓΡΟΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΤΡΟΦΙΜΩΝ**  
**Δ/ΝΣΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΦΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Λ. Συγγρού 150, 176 71 – ΚΑΛΛΙΘΕΑ, Τηλέφωνο: 210 928 7238, FAX: 210 92 12 090,  
 Email: [syg032@minagric.gr](mailto:syg032@minagric.gr)

**ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ**  
**ΦΟΡΕΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**  
**(αναγράφεται ο φορέας)**

.....  
**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών  
 (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος: «Αναγγελία έναρξης λειτουργίας φορέα παροχής κατάρτισης στην ορθολογική χρήση των γεωργικών φαρμάκων» (αναγράφεται ο φορέας) .....

ΠΡΟΣ:	Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων, Διεύθυνση Προστασίας Φυτικής Παραγωγής	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ..... <i>(Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)</i>	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ..... <i>(Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)</i>
-------	---	---	--

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΓΕΛΟΝΤΟΣ:** (φυσικό πρόσωπο ή νόμιμος εκπρόσωπος σε περίπτωση νομικού προσώπου)

Όνομα:				Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:	
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:*		Α.Φ.Μ.		Αριθ. Άδειας Οδήγησης:*	
Αριθ. Διαβατηρίου:*		Αριθ. Βιβλιαρίου Υγείας:*		Ιθαγένεια:	
Ημερομηνία γέννησης:			Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας	Χώρα:			Πόλη:	
Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

\* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ:

Επωνυμία:							
Αρ. Καταστατικού:				Έτος Ίδρυσης:			
ΑΦΜ:				Δ.Ο.Υ.			
Αρ. και έτος ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ (για ΑΕ και ΕΠΕ) ή αριθμός και ημερομηνία καταχώρισης στα βιβλία εταιρειών του Πρωτοδικείου της έδρας (για ΟΕ και ΕΕ):							
Α.Φ.Μ.:				Δ.Ο.Υ.:			
Έδρα		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Δήμος / Κοινότητα:				Νομός:			
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

Με την παρούσα, αναγγέλλω την έναρξη λειτουργίας του φορέα παροχής κατάρτισης στην ορθολογική χρήση των γεωργικών φαρμάκων (αναγράφεται ο φορέας).....

Επωνυμία επιχείρησης:					
Εγκεκριμένος τίτλος (εάν υπάρχει) :					
Δ/νση Επιχείρησης:		Δήμος/ Κοινότητα:	Οδός:	Αριθμ.:	Τ.Κ.
Α.Φ.Μ.			Δ.Ο.Υ.		
Τηλ.:		Fax:		E-mail:	

Το πρόγραμμα κατάρτισης στην ορθολογική χρήση γεωργικών φαρμάκων παρέχεται για τα παρακάτω:

1	Το σύνολο των θεμάτων του Παραρτήματος Β του ν.4036/2012 (Α'8)	ΝΑΙ/ΟΧΙ
2	Γενική κατάρτιση, το οποίο αφορά τις παραγράφους α), β) και μ) του Παραρτήματος Β του ν.4036/2012 (Α'8)	ΝΑΙ/ΟΧΙ
3	Κίνδυνοι των γεωργικών φαρμάκων, το οποίο αφορά τις παραγράφους γ), στ), ζ), ι) και λ) του Παραρτήματος Β του ν.4036/2012 (Α'8)	ΝΑΙ/ΟΧΙ
4	Ολοκληρωμένη φυτοπροστασία, το οποίο αφορά τις παραγράφους δ), ε) και κ) του Παραρτήματος Β του ν.4036/2012 (Α'8)	ΝΑΙ/ΟΧΙ
5	Εξοπλισμός εφαρμογής, το οποίο αφορά τις παραγράφους η) και θ) του Παραρτήματος Β του ν.4036/2012 (Α'8)	ΝΑΙ/ΟΧΙ

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>2</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- 1) Διαθέτω την **απαραίτητη από τον νόμο άδεια/πιστοποίηση** για παροχή κατάρτισης ενηλίκων.
- 2) Απασχολώ **επαρκή αριθμό εκπαιδευτών** με τα παρακάτω προσόντα, προκειμένου να καλύπτονται τα περιεχόμενα του Παραρτήματος Β του ν. 4036/2012 (Α'8), όπως κάθε φορά ισχύει:
  - α) Ως βασικό τίτλο σπουδών, πτυχίο Γεωπόνου Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΑΕΙ) ή πτυχίο Τμήματος Φυτικής Παραγωγής ή Τμήματος Διοίκησης Γεωργικών Εκμεταλλεύσεων της Σχολής Τεχνολογίας Γεωπονίας ή Τμήματος Θερμοκηπιακών Καλλιέργειών και Ανθοκομίας της Σχολής Γεωπονίας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (ΤΕΙ) ή ισότιμο πτυχίο ή δίπλωμα αντίστοιχων ειδικοτήτων σχολών κράτους μέλους της ΕΕ ή χωρών εκτός ΕΕ.
  - β) Εμπειρία στην ορθολογική χρήση γεωργικών φαρμάκων αποδεικνυόμενη από τουλάχιστον πενταετή επαγγελματική ενασχόληση με γεωργικά φάρμακα ή εκπόνηση μελετών ή προγραμμάτων ολοκληρωμένης γεωργίας ή εργασία σε δημόσιο φορέα ή φορέα εποπτευόμενο από το Δημόσιο με αρμοδιότητα συναφή προς τα αναφερόμενα κεφάλαια του Παραρτήματος Β του ν.4036/2012 (Α'8), όπως κάθε φορά ισχύει.
  - γ) Βεβαίωση ή βεβαιώσεις επάρκειας από φορείς κατάρτισης εκπαιδευτών, οι οποίες να καλύπτουν το σύνολο των κεφαλαίων Παραρτήματος Β του ν.4036/2012 (Α'8), όπως κάθε φορά ισχύει. Η συγκεκριμένη υποχρέωση ισχύει ένα (1) έτος μετά την έναρξη του συστήματος κατάρτισης στην ορθολογική χρήση των γεωργικών φαρμάκων.
- 3) Παρέχω **θεωρητική και πρακτική κατάρτιση** και
- 4) Διαθέτω την **απαραίτητη κτιριακή και υλικοτεχνική υποδομή** για παροχή κατάρτισης.

**Αιτούμαι** την εγγραφή μου στο μητρώο κατάρτισης στην ορθολογική χρήση των γεωργικών φαρμάκων, το οποίο αναρτάται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων στο διαδίκτυο για την ενημέρωση των ενδιαφερομένων, ως φορέας αρχικής και συμπληρωματικής κατάρτισης στην ορθολογική χρήση των γεωργικών φαρμάκων.

.....  
(Ημερομηνία)

Ο/Η αναγγέλλων/αναγγέλλουσα

(Σφραγίδα-υπογραφή)

**ΠΡΟΘΕΣΜΙΑ** : Εντός τριμήνου από την αναγγελία έναρξης λειτουργίας του ιδιωτικού φορέα παροχής **κατάρτισης στην ορθολογική χρήση των γεωργικών φαρμάκων**, η Υπηρεσία δύναται να απαγορεύσει τη λειτουργία του, στην περίπτωση που δεν συγκεντρώνονται οι νόμιμες προϋποθέσεις προς τούτο ή δεν προκύπτει η συνδρομή τους από τα υποβληθέντα στοιχεία. Μετά την παρέλευση άπρακτης της ανωτέρω προθεσμίας τεκμαίρεται ότι ο φορέας λειτουργεί ελεύθερα (αρ. 3 του Ν.3919/2011 ΦΕΚ 32 τ.Α').

**ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ ΕΝΑΡΞΗΣ** : 0 ΕΥΡΩ

<sup>2</sup> «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών»