



SECRETARIA REGIONAL DA AGRICULTURA E ALIMENTAÇÃO
DIREÇÃO REGIONAL DA AGRICULTURA, VETERINÁRIA E ALIMENTAÇÃO
DIREÇÃO DE SERVIÇOS DE AGRICULTURA E DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO

REQUERIMENTO PARA SUBSTITUIÇÃO DO
CARTÃO DE APLICADOR DE PRODUTOS FITOFARMACÊUTICOS

(para efeitos do n.º 5 do artigo 25.º da Lei n.º 26/2013, de 11 de abril)

Exmo. Diretor Regional,

_____, portador do Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão n.º _____, Número de Identificação Fiscal (NIF) _____, com o endereço de correio eletrónico _____ e contato de telefone/telemóvel _____/_____, residente em _____, Código Postal _____ - _____, vem requerer a **substituição** cartão de **APLICADOR DE PRODUTOS FITOFARMACÊUTICOS**, para efeitos do n.º 5 do artigo 25.º da Lei n.º 26/2013, de 11 de Abril, em virtude de (assinalar com um X a quadrícula correspondente):

- Ter sido atingida a data de validade do cartão anteriormente emitido ao abrigo do Decreto-Lei n.º 173/2005, de 21 de outubro, e uma vez cumprido o disposto no n.º 1 do artigo 18.º da referida lei, o prazo poder ser prolongado até 10 anos a contar da data da habilitação;
- O cartão anteriormente cedido ter sido extraviado, não o tendo em minha posse;
- O cartão anteriormente cedido ter sido danificado, impossibilitando a identificação, de forma legível, dos elementos nele inscritos;
- Pretender a **EXTENSÃO** da validade do cartão APLICADOR de PRODUTOS FITOFARMACÊUTICOS pela aplicação do Decreto Lei n.º 169/2019, de 29 de novembro, que publica a 2.ª alteração à Lei n.º 26/2013, de 11 de abril, isto é, o **APLICADOR PC+65 anos** encontra-se habilitado porque o seu **cartão** está **dentro da validade** inicialmente prevista e, pelo n.º 9, do artigo 18.º da referida 2.ª alteração, a habilitação PC+65 anos é válida por 10 anos, a contar da data da realização da prova de avaliação de conhecimentos.

Pede deferimento.

LOCAL E DATA: _____, _____ de _____ de _____

ASSINATURA: _____