MOD. 6T. PERSONAL

Identificación del Establecimiento o Servicio

RESPONSABLE TÉCNICO

Nombre y Apellidos	NIF	Acreditación de la capacitación * (tipo, número y fecha de validez)	Años de experiencia

PERSONAL DEDICADO AL TRATAMIENTO CON BIOCIDAS

Nombre y Apellidos	NIF	Acreditación de la capacitación * (tipo, número y fecha de validez)	Años de experiencia

- Formación específica según RD 830/2010, de 25 de junio.

En a de de

D./Dña.

Firma o sello