



Direção Regional de Agricultura e
Pescas do Algarve

**REQUERIMENTO PARA ATUALIZAÇÃO DA VALIDADE DO
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DE APLICADOR DE PRODUTOS
FITOFARMACÊUTICOS (habilitação por Prova de Conhecimentos)**

**(Ao abrigo da Lei n.º 26/2013, de 11 de abril alterada pelo Decreto lei n.º 169/2019, de
29 de novembro)**

Ex. mo Senhor Diretor Regional de
Agricultura e Pescas do Algarve

_____ (nome completo),
residente em _____
Código Postal _____ - _____ (morada completa),
freguesia de _____, concelho de _____,
distrito de _____, com o número de identificação fiscal
(NIF) _____, contato telefónico _____; e-mail
_____@_____, vem requerer a
V. Exa que lhe seja atualizada a validade do cartão personalizado de aplicador de
produtos fitofarmacêuticos - cartão n.º _____ - DRAP Algarve, obtido com base na
realização de prova de conhecimentos (ponto 8, do artigo 18.º, da Lei 26/2013).

Pede deferimento,

Data, _____

Assinatura: _____



REPÚBLICA
PORTUGUESA

AGRICULTURA
MAR

Direção Regional de Agricultura e Pescas do Algarve
Apartado 282, Patacão, 8001-904 Faro / Telf. 351 289 870 700
Email: gabdirector@drapalgarve.gov.pt / www.drapalgarve.gov.pt