

imię i nazwisko .....

nr ..... z dnia ..... wydane przez .....

☐ innym dokumentem (jakim) .....

imię i nazwisko .....

nr ..... z dnia ..... wydane przez .....

☒ nie dotyczy (uzasadnić) ..... nie stosuje się środków ochrony roślin .....

☐ brak kwalifikacji

2. Spełnienie (podczas wykonywania zabiegu) wymagań dotyczących sprawności technicznej sprzętu przeznaczonego do stosowania środków ochrony roślin oraz jego kalibracji.

☐ posiadanie dowodów zakupu sprzętu przeznaczonego do stosowania środków ochrony roślin/ protokołu badania technicznego potwierdzającego sprawność techniczną sprzętu przeznaczonego do stosowania środków ochrony roślin\*

nr ..... z dnia .....

wydane przez .....

nr ..... z dnia .....

wydane przez .....

☐ znak/-i kontrolny/-e nr .....

☐ brak dowodów zakupu sprzętu lub protokołu badania technicznego

☒ nie dotyczy (uzasadnić w pkt. 3)

☐ data ostatniej kalibracji .....

3. Dalsze ustalenia

15 dniu kontroli ustalono, że na terenie placówki  
Przedsiębiorstwa nr 10 w Piasecznie  
nie wykonuje się zabiegów z użyciem środków ochrony  
roślin, zatem nie jest prowadzone ewidencja  
wykonanych zabiegów z użyciem S.O.R. w placówce  
nie przechowywane są środki ochrony roślin.  
Chwasty usuwane są mechanicznie  
15 dniu kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości.  
Imię i nazwisko .....