



MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE L'AGROALIMENTAIRE
ET DE LA FORÊT

**Direction Départementale de la Cohésion Sociale et
de la Protection des Populations de la Haute-Corse**

Service Santé et Protection Animale et Végétale

Rue Paratojo

CS 60011 – 20288 BASTIA Cedex

Tél. : 04 95 58 51 30

Fax : 04 95 34 88 75

Courriel : ddcspp-export@haute-corse.gouv.fr

DEMANDE DE DEROGATION *document n°1/3*

APPLICATION FOR EXEMPTION

à l'article 1 de l'arrêté préfectoral du 30 avril 2015, relatif à la prévention de l'introduction de *Xylella fastidiosa* en Corse
in Article 1 of the decree dated 30 April 2015, on the prevention of the introduction of Xylella fastidiosa in Corsica

CONSIDÉRANT l'article 2 de l'arrêté préfectoral du 30 avril 2015 relatif à la prévention de l'introduction de *Xylella fastidiosa* en Corse,
cette demande doit être déposée au minimum 96 heures avant la date souhaitée d'introduction,

WHEREAS Article 2 of the decree dated 30 April 2015 on the prevention of the introduction of Xylella fastidiosa in Corsica, this demand must be submitted at least 96 hours before the desired date of introduction,

Attention : toute demande incomplète ne sera pas traitée

Warning: incomplete applications will not be processed

NOM, ADRESSE et RAISON SOCIALE DU DEMANDEUR : (cachet) *NAME, ADDRESS OF APPLICANT* :

.....
.....
.....

Port/Aéroport d'arrivée – *Port/Airport of arrival* : AJACCIO BASTIA

Date d'arrivée - *Arrival date* : Horaire d'arrivée - *Time of arrival* :

Navire/Avion : Compagnie – *Ship/airplane (Company)* :

Mode(s) de transport(s) – *Means of transport* :

Immatriculation du véhicule – *Vehicle registration number*:

Je certifie que les informations communiquées à l'Administration sont exactes,
I hereby certify that the information provided is accurate

Date et signature du demandeur :

Cadre réservé à l'administration

Drogation refusée - *Request denied*

Drogation autorisée - *Request authorized*
sous réserve de (*préciser*) – *provided* :



MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE L'AGROALIMENTAIRE
ET DE LA FORÊT

**Direction Départementale de la Cohésion Sociale et
de la Protection des Populations de la Haute-Corse**

Service Santé et Protection Animale et Végétale

Rue Paratojo

CS 60011 – 20288 BASTIA Cedex

Tél. : 04 95 58 51 30

Fax : 04 95 34 88 75

Courriel : ddcspp-export@haute-corse.gouv.fr

DEMANDE DE DEROGATION *document n°2/3*

APPLICATION FOR EXEMPTION

**ATTESTATION DE DESINSECTISATION A PRESENTER A L'ARRIVEE AUX
PORTS/AEROPORTS D'AJACCIO ET BASTIA**

CERTIFICATE OF DISINSECTISATION SUBMITTED ON ARRIVAL AT THE PORT/AIRPORT OF BASTIA and AJACCIO

Je soussigné, [nom et fonction de la personne ayant réalisé la désinsectisation - *Name and position of the person who carried out disinsectisation*] :

atteste avoir réalisé une application de produits phytopharmaceutiques visant à l'élimination d'insecte vecteur de la bactérie *Xylella fastidiosa*, à l'aide des substance(s) active(s) - *Certified having used the following pesticide(s) for treatment against Xylella fastidiosa vectors*:

- Lambda cyhalothrine

- Deltaméthrine

- Pyréthrines

- Autre traitement insecticide autorisé pour cet usage (*préciser*) - *Other authorised pesticide (please specify)* :

.....

sur l'ensemble des végétaux listés dans le document n°1/3, le [date]....., avant leur conditionnement.
On all the listed plants prior to packing (date)

Nom du produit et N° AMM (*pour la France*) :

Fait à, le

Nom :

Fonction :

Signature :



MINISTÈRE D' L'AGRICULTURE ET D' L'AGROALIMENTAIRE
ET DE LA FORET

**Direction Départementale de la Cohésion Sociale et
de la Protection des Populations de la Haute-Corse**
Service Santé et Protection Animale et Végétale
Rue Paratojo
CS 60011 – 20288 BASTIA Cedex

Tél. : 04 95 58 51 30

Fax : 04 95 34 88 75

Courriel : ddcspp-export@haute-corse.gouv.fr

DEMANDE DE DEROGATION *document n°3/3*

APPLICATION FOR EXEMPTION

ATTESTATION DE PROVENANCE INITIALE

A JOINDRE A LA DEMANDE DE DEROGATION (cf document n°1/3)

CERTIFICATE OF IDENTIFICATION OF THE ORIGINAL PRODUCER

NOM, RAISON SOCIALE et COORDONNEES COMPLETES DU FOURNISSEUR/PRODUCTEUR : *(cachet)*

NAME and FULL COORDINATES of SUPPLIER / PRODUCER

.....
.....

PAYS - Country :

N° INSCRIPTION AU REGISTRE OFFICIEL PHYTOSANITAIRE *OFFICIAL REGISTRATION NUMBER* :

.....

<p>Nom, Signature, Name, Signature</p>
--