

ALLO SCOPO DICHIARA

di essere in possesso (3)

del **CERTIFICATO DI ABILITAZIONE** alla vendita di prodotti fitosanitari ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. 150 del 14 agosto 2012, n° _____ rilasciato da _____ il ____-____-____ con scadenza il ____-____-____;

di nominare (4) quale **istitore/procuratore/gestore/incaricato alla vendita (5)**.

Il sig./dott:

Cognome: _____ Nome: _____
 Luogo di nascita: _____ Provincia: ____
 Data nascita: ____-____-____ C.F.: _____
 Residente in Via: _____ n. ____ C.A.P. _____
 _____ Comune: _____ Provincia: ____
 Telefono: _____ - _____ Fax: _____ - _____
 Cellulare: _____ - _____ E-mail: _____ @ _____
 pec : _____

in possesso del **TITOLO DI STUDIO**⁴

- diploma di istruzione superiore di durata quinquennale nella specializzazione _____ conseguito presso _____ nell'anno _____
- diploma di laurea (anche triennale) nelle discipline:
- agrarie e forestali biologiche naturali ambientali
- chimiche farmaceutiche mediche e veterinarie
- conseguito presso _____ nell'anno _____

e del **CERTIFICATO DI ABILITAZIONE** alla vendita di prodotti fitosanitari ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. 150 del 14 agosto 2012, n° _____ rilasciato da _____ il ____-____-____ con scadenza il ____-____-____

A tal fine allega la seguente documentazione:

- n. 2 planimetrie, in scala non inferiore a 1:100 oppure 1:50, dei locali per i quali si richiede l'autorizzazione;
- certificato di abitabilità oppure certificato di allaccio alla pubblica fognatura o sistema alternativo di smaltimento autorizzato;
- dichiarazione di approvvigionamento idrico;
- certificato di conformità dell'impianto elettrico ai sensi della legge 46/90;
- dichiarazione di assunzione dell'incarico, con firma autenticata ai sensi di legge, dell'istitore o del procuratore o della persona preposta alla gestione del locale;
- copia del certificato di abilitazione alla vendita del titolare dell'impresa o di chi è da questi preposto alla gestione dell'esercizio commerciale;
- ricevuta del versamento alla ASL per i diritti sanitari;
- marca da bollo di valore corrente.

Chiede inoltre che ogni comunicazione venga trasmessa al seguente indirizzo:

Cognome: _____ Nome: _____
 Luogo di nascita: _____ Provincia: ____
 Data nascita: ____-____-____ C.F.: _____
 Residente in Via: _____ n. ____
 C.A.P. _____ Comune: _____ Provincia: ____
 Telefono: _____ - _____ Fax: _____ - _____
 Cellulare: _____ - _____ E-mail: _____ @ _____
 pec : _____

Luogo, _____

Data _____

In fede
(timbro e firma per esteso leggibile)

⁴ Ai sensi del D.P.R. del 28.12.2000, n. 445, l'Autorità competente è tenuta ad effettuare controlli a campione sulla veridicità del possesso del titolo di studio.

NOTE PER LA COMPILAZIONE del MOD. A

La domanda deve essere completa di marca da bollo secondo l'importo vigente.

- 1) Titolare, Legale rappresentante, Presidente pro tempore, ecc.
- 2) Ditta ai sensi dell'art. 2563 C.C.
- 3) La nomina del preposto/incaricato alla vendita esonera il titolare dall'obbligo del possesso del certificato di abilitazione alla vendita.
- 4) Compilare solo se trattasi di persona diversa dal TITOLARE.
- 5) Depennare le voci che non interessano.

La prestazione richiesta è soggetta al pagamento dei diritti sanitari, come da tariffario regionale. L'attestazione deve essere allegata alla domanda; il pagamento viene assolto tramite versamento su c/c postale con appositi bollettini prestampati, o tramite bonifico bancario intestato all'Azienda Sanitaria Locale competente. La causale di versamento da indicare sarà: "Parere di idoneità igienico-sanitaria"

Sarà cura del Comune inviare tempestivamente e comunque non oltre 15 gg, al Dipartimento di Prevenzione dell'A.S.L. competente per territorio, richiesta di parere di idoneità igienico sanitaria corredata della documentazione richiesta