

Mod. A1In carta semplice¹Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione
della ASL _____per il tramite del S.U.A.P.

Intervento	Procedimento
Richiesta per il rilascio di Autorizzazione Sanitaria al commercio e alla vendita di prodotti fitosanitari e loro coadiuvanti nonché all'istituzione e gestione di depositi e locali per il commercio e la vendita di essi, ai sensi dell'art. 21 del d.P.R 23 aprile 2001 n.ro 290	ai sensi dell'art. 7 del d.P.R 160/2010

Sezione anagrafica del titolare dell'attività**Il Sottoscritto**in qualità di: titolare legale rappresentante presidente pro tempore

Cognome	Nome	
Cittadinanza	Codice Fiscale	
Data di nascita		
Nazione di nascita	Comune di nascita	Prov
Informazioni relative alla residenza		
Comune	Prov.	CAP
Indirizzo		n.ro
Tel	Cell	

In possesso del seguente titolo di studio	
<input type="checkbox"/>	Diploma di istruzione superiore di durata quinquennale nella specializzazione _____ conseguito presso _____ nell'anno _____
<input type="checkbox"/>	Diploma di laurea (anche triennale) nelle discipline: <input type="checkbox"/> agrarie e forestali <input type="checkbox"/> biologiche <input type="checkbox"/> naturali <input type="checkbox"/> ambientali <input type="checkbox"/> chimiche <input type="checkbox"/> farmaceutiche <input type="checkbox"/> mediche e veterinarie conseguito presso _____ nell'anno _____

Informazioni relative all'impresa			
Denominazione/Ragione sociale dell'impresa		forma giuridica	
Codice Fiscale		Partita IVA	
Iscrizione alla di Camera di Commercio di		N. REA	Data d'iscrizione

¹ Invio via telematica o tramite PEC

Sede legale

Comune	Prov.	CAP
Via/piazza	n.ro	Tel/cell

a norma di quanto disposto dall'art. 21 del d.P.R. 23 aprile 2001, n.ro 290,

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione Sanitaria al commercio e alla vendita di prodotti fitosanitari e loro coadiuvanti nonché all'istituzione e gestione di depositi e locali per il commercio e la vendita di essi, siti in

Comune	Prov.
Via/piazza	N°
CAP	
dati catastali	

consapevole delle responsabilità, anche penali, previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti, richiamate dall'articolo 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 ai sensi degli artt. 46 e 47 dello stesso d.P.R.

DICHIARA

Cittadinanza			
<input type="checkbox"/> di essere cittadino di uno degli stati membri dell'Unione Europea (specificare)			
<input type="checkbox"/> di essere cittadino di altro stato non appartenente all'Unione Europea e di essere in possesso del permesso di soggiorno (di cui si allega copia)			
n.ro	rilasciato da	il	con validità fino al
con la motivazione			
<input type="checkbox"/> di essere apolide, status riconosciuto dall'Ufficio Anagrafe del Comune di			

Elezione di domicilio elettronico	
ai fini delle comunicazioni relative al presente procedimento si elegge il proprio domicilio elettronico presso la:	
<input type="checkbox"/> propria casella di posta elettronica certificata PEC:	
<input type="checkbox"/> casella di posta elettronica certificata del/la Sig./sig.ra delegata alla trasmissione telematica della documentazione - allegare debitamente compilata e sottoscritta la <u>Procura Speciale</u>	
Cognome	Nome
Codice Fiscale	PEC

<input type="checkbox"/> di essere in possesso del certificato di abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari ai sensi dell'art. 8 del D.lgs 150 del 14 agosto 2012 n.ro _____ rilasciato da _____ in data _____ con scadenza _____

 di essere titolare dell'esercizio commerciale sito in

Comune	Prov.
Via/piazza	NF
CAP	
dati catastali	
di cui alla SCIA/DIA procedimento Suap/Autorizzazione n _____ del _____	

di essere personalmente responsabile della vendita dei prodotti suddetti e di gestire personalmente il locale sede dell'attività

OVVERO

dichiara di nominare in qualità di institore/procuratore/gestore/incaricato alla vendita

Cognome		Nome	
Codice Fiscale		Data di nascita	
Luogo di nascita Comune			Prov. <input type="checkbox"/>
Residenza Comune			Prov.
Via/piazza		n.ro	CAP
Tel	Cell	e-mail/Pec	

Di essere in possesso del seguente titolo di studio :
<input type="checkbox"/> Diploma di istruzione superiore di durata quinquennale nella specializzazione _____ conseguito presso _____ nell'anno _____
<input type="checkbox"/> Diploma di laurea (anche triennale) nelle discipline: <input type="checkbox"/> agrarie e forestali <input type="checkbox"/> biologiche <input type="checkbox"/> naturali <input type="checkbox"/> ambientali <input type="checkbox"/> chimiche <input type="checkbox"/> farmaceutiche <input type="checkbox"/> mediche e veterinarie conseguito presso _____ nell'anno _____

di essere in possesso del **certificato di abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari** ai sensi dell'art. 8 del D.lgs 150 del 14 agosto 2012 n.ro _____ rilasciato da _____
in data _____ con scadenza _____

Il soggetto sopra specificato dovrà compilare e sottoscrivere la sezione denominata "Accettazione dell'incarico di Institore/Procuratore/Gestore/Incaricato alla Vendita di prodotti Fitosanitari"

Informativa in materia di protezione dei dati personali (Codice della privacy)
<input type="checkbox"/> di essere informato/a ai sensi del D.lgs 196/2003 "codice in materia di protezione di dati personali" che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

ALLEGATI

- dichiarazioni requisiti strutturali e impiantistici;
- copia del documento di riconoscimento del dichiarante (è valida una sola allegazione per tutte le dichiarazioni rese ai sensi del d.P.R.445/00);
- documentazione tecnica firmata digitalmente da tecnico professionista abilitato alla professione (vedi elenco dettagliato della documentazione tecnica)²
- Procura speciale;
- permesso di soggiorno - obbligatorio per i cittadini non appartenenti a uno Stato membro dell'Unione Europea;
- ricevuta di versamento a favore dell'Azienda Sanitaria Locale³;
- ricevuta di avvenuto versamento dell'imposta di bollo assolta mediante modello F24 per il rilascio dell'Autorizzazione
- accettazione incarico

Data

firma leggibile del dichiarante⁴ _____

² Obbligatoria

³ 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"

⁴ L'istanza deve essere prodotta firmata con firma digitale dal titolare dell'attività. Qualora l'imprenditore sia sprovvisto di firma digitale tutte le dichiarazioni devono essere sottoscritte con firma autografa, accompagnate da copia fotostatica del documento di riconoscimento del dichiarante e dalla procura speciale, il procuratore deve firmare digitalmente l'istanza nonché tutti gli allegati.

Istruzioni documentazione tecnica

2 copie della relazione tecnica e della planimetria redatta, datate e firmate digitalmente da tecnico professionista abilitato in scala 1:50 o 1:100, con sezioni per evidenziare differenti altezze; sul frontespizio deve essere riportata la tipologia dell'attività statica del completo di numero civico, piano, interno dell'insediamento (in caso di più locali indipendenti con lo stesso n. civico deve essere raffigurato in piccola scala l'intero insediamento corrispondente al civico, evidenziando il/i locale/i dell'attività) e la superficie totale espressa in mq. Per ciascun ambiente vanno indicati destinazione d'uso, superficie del pavimento, altezza (h media, minima e massima in caso di differenti altezze), superficie delle finestre, distinguendo quelle fisse da quelle apribili. Devono essere altresì dettagliatamente illustrati il rispetto dei requisiti, ove applicabili per i distributori, indicati nella parte A.6.1 e nell'allegato VI parte A del Decreto 22 gennaio 2014, nel d.P.R. n. 290/2001 e nel D.lgs 81/2008.