

 <p><b>COMUNE DI MONREALE</b> Provincia di Palermo</p> <p>Area Pianificazione Gestione e Assetto del Territorio</p> <p><b>S.U.A.P.</b> Sportello Unico delle Attività Produttive</p>	<p><u>ALLEGATO E-9</u></p> <p><b>Vendita prodotti fitosanitari</b></p> <p>D.P.R. n° 290/2001 e s.m.i.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>1. Dati generali dell'intervento</b></p>
<p><b>1.1 – Ubicazione intervento</b> <i>(Indicare il Comune e l'indirizzo inseriti nel modulo di domanda unica – sezione Dati dell'intervento)</i></p>
<p><b>1.2 – Riportare descrizione sintetica dell'intervento</b> <i>(Riportare la Descrizione inserita nel modulo di domanda unica – sezione Dati dell'intervento)</i></p>

<p><b>2. Specifiche relative all'attività</b></p>			
<p>Il sottoscritto <i>(nome e cognome)</i></p>			
<p>I cui dati anagrafici completi sono contenuti nella DOMANDA UNICA.</p>			
<p>In riferimento all'attività di vendita di prodotti fitosanitari di cui all'art. 21 del D.P.R. 23/04/2001 n° 290</p>			
<p style="text-align: center;"><b>DICHIARA</b></p>			
<p>Quanto contenuto nei seguenti quadri:</p>			
<p><i>N.B: In caso di variazioni in attività già esistenti, riportare di seguito i dati corrispondenti alla nuova situazione</i></p>			
<p><b>2.1 – Tipologia di attività</b></p>			
<p>Indicare la tipologia dei prodotti fitosanitari di cui è prevista la vendita:</p>			
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Molto Tossici</td> <td><input type="checkbox"/> Tossici</td> <td><input type="checkbox"/> Nocivi</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Molto Tossici	<input type="checkbox"/> Tossici	<input type="checkbox"/> Nocivi
<input type="checkbox"/> Molto Tossici	<input type="checkbox"/> Tossici	<input type="checkbox"/> Nocivi	
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Irritanti</td> <td><input type="checkbox"/> Non classificati</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Irritanti	<input type="checkbox"/> Non classificati	
<input type="checkbox"/> Irritanti	<input type="checkbox"/> Non classificati		
<p>Specificare prodotti venduti:</p>			
<p><b>2.2 – Attività ospitante</b></p>			
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Esercizio di vicinato</td> <td><input type="checkbox"/> Media strutture di vendita</td> <td><input type="checkbox"/> Grande strutture di vendita</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Esercizio di vicinato	<input type="checkbox"/> Media strutture di vendita	<input type="checkbox"/> Grande strutture di vendita
<input type="checkbox"/> Esercizio di vicinato	<input type="checkbox"/> Media strutture di vendita	<input type="checkbox"/> Grande strutture di vendita	
<p><input type="checkbox"/> Estremi dell'atto abilitativo per l'esercizio dell'attività ( per attività già esistenti):</p>			

<b>2.3 – Superfici di vendita</b>		
Superficie destinata alla vendita dei prodotti fitosanitari		
Superficie totale dell'esercizio <i>(compresa la superficie dedicata ad altri usi)</i>		
<b>2.4 – Altre notizie</b>		
Esercizio a carattere	<input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> Stagionale <i>(indicare periodo)</i>
<b>2.5 – Dati del preposto</b>		
Il preposto all'esercizio di vendita dei prodotti fitosanitari è il soggetto sotto indicato:		
Cognome	Nome	
Data di nascita	Luogo di nascita	
Certificato di abilitazione alla vendita n°	Rilasciato da:	
Data di rilascio:	Scadenza dell'abilitazione:	
(oppure) Specificare titolo di studio abilitante posseduto, data e istituto di conseguimento:		
<i>Firma del preposto per conferma dei dati sopra riportati e accettazione dell'incarico:</i>		
<b>2.6 – Allegati</b>		
<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Documento</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pianta planimetrica del locale in scala massima 1:200
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relazione descrittiva dei locali, degli impianti e delle attrezzature
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dichiarazione di conformità attestante il possesso dei requisiti di cui alla circolare del Ministero della Sanità n° 15/1993
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia documento di identità in corso di validità di ognuna delle persone che rendono e sottoscrivono dichiarazioni
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In caso di cittadini extracomunitari, fotocopia di valido permesso di soggiorno

### **3. Data e firma**

Luogo e data

*Documento da firmare digitalmente ai sensi del DPR. 28 dicembre, n. 445, e del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82*

**Firma dell'interessato**