

Spazio per la vidimazione da parte del SUAP	ALLEGATO E-9 Vendita prodotti fitosanitari D.P.R. n° 290/2001 e s.m.i.
---	--

1. Dati generali dell'intervento
1.1 – Indirizzo dell'esercizio
1.2 – Titolare dell'esercizio
1.3 – Descrizione intervento

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

2.3 – Superfici di vendita		
Superficie destinata alla vendita dei prodotti fitosanitari		
Superficie totale dell'esercizio (<i>compresa la superficie dedicata ad altri usi</i>)		
2.4 – Altre notizie		
Esercizio a carattere	<input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> Stagionale (<i>indicare periodo</i>)
2.5 – Dati del preposto		
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>		
2.6 – Allegati		
SI	NO	Documento
		Pianta planimetrica del locale in scala massima 1:200
		Relazione descrittiva dei locali, degli impianti e delle attrezzature
		Dichiarazione di conformità attestante il possesso dei requisiti di cui alla circolare del Ministero della Sanità n° 15/1993 [<i>Utilizzare modello A-23</i>]
		Copia documento di identità in corso di validità di ognuna delle persone che rendono e sottoscrivono dichiarazioni
		In caso di cittadini extracomunitari, fotocopia di valido permesso di soggiorno

3. Data e firma	
Luogo e data	Firma dell'interessato