

Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione
della ASL di Latina
per il tramite del SUAP
del Comune di _____

Intervento		Procedimento	
Richiesta per il rilascio di autorizzazione sanitaria al commercio ed 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 DPR 23 aprile 2001 n. 290		Ai sensi dell'art. 7 del DPR 160/2010	
Sezione anagrafica del titolare dell'attività			
Il sottoscritto			
in qualità di <input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> Legale Rappresentante <input type="checkbox"/> Presidente pro-tempore			
Cognome:		Nome	
Cittadinanza		Cod. Fisc.	
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 Camera di Commercio di	N. REA	Data d'iscrizione	
Sede Legale			
Comune		Prov.	CAP
Indirizzo:			N.ro
Tel.		Cell.	

A norma di quanto disposto dall'art. 21 del DPR 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 deposito e locali per il commercio e la vendita di essi, siti in

Comune:	Prov.	
Via/Piazza	N.ro	CAP
Dati catastali		

Consapevole delle responsabilità, anche penali, previste nei casi di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 ai sensi degli artt. 46 e 47 dello stesso DPR.

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:

propria casella di posta elettronica certificata PEC: _____

casella di posta elettronica certificata del/la Sig./Sig.ra delegata alla trasmissione telematica della documentazione - allegare debitamente compilata e sottoscritta la Procura Speciale

Cognome	Nome
Codice fiscale	PEC

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	n.ro	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 istitore/procuratore/gestore/incaricato alla vendita

Cognome		Nome	
Codice Fiscale		Data di nascita	
Luogo di nascita Comune		Prov.	
Residenza Comune		Prov.	
Via/Piazza		N.ro	CAP
tel	cell	E-mail/PEC	

In possesso del seguente titolo di studio

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 _____

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 Istitore/Procuratore/Gestore/incaricato alla vendita di prodotti Fitosanitari"

Informativa in materia di protezione dei dati personali (Codice della privacy)

di essere informato 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 DPR 445/00)

documentazione tecnica firmata digitalmente da tecnico professionista abilitato alla professione (vedi elenco dettagliato della documentazione tecnica)¹;

Procura speciale;

permesso di soggiorno – obbligatorio per i cittadini non appartenenti a uno stato membro dell'Unione Europea;

¹ obbligatoria

- ricevuta di versamento a favore dell'Azienda Sanitaria Locale²;
- ricevuta di avvenuto versamento dell'imposta di bollo assolta mediante F24 per il rilascio dell'autorizzazione
- accettazione di incarico

Data

firma leggibile del dichiarante³ _____

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 numero 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 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 DPR n. 290/2001 e nel D. Lgs. 81/2008.

-
- 2 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 bonifico bancario intestato all'azienda sanitaria Locale competente. La causale di versamento da indicare sarà "Parere di idoneità igienico-sanitaria
- 3 L'istanza deve essere prodotta firmata con firma digitale da titolare dell'attività. Qualora l'imprenditore sia sprovvisto di firma digitale tutte le dichiarazioni devono essere sottoscritte con firma autografa, accompagnata da copia fotostatica del documento di riconoscimento del dichiarante e dalla procura speciale, il procuratore deve firmare digitalmente l'istanza nonché tutti gli allegati.