



**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 **istitutore/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<sup>1</sup>**

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'istitutore 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)

<sup>1</sup> 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, l'istanza di autorizzazione per i locali di vendita/deposito corredata della documentazione richiesta.***