

<p><b>ALLEGATO E-9</b></p> <p><b>Vendita prodotti fitosanitari</b> D.P.R. n° 290/2001 e s.m.i.</p>	<p>Indicare di seguito la tipologia di procedimento</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Immediato avvio [0 giorni]</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Immediato avvio [20 giorni]</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Conferenza di Servizi</i></p>
--	---

## 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 (*nome e cognome*)

I cui dati anagrafici completi sono contenuti nella dichiarazione autocertificativa unica

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:

*N.B: In caso di variazioni in attività già esistenti, riportare di seguito i dati corrispondenti alla nuova situazione*

### 2.1 – Tipologia di attività

Indicare la tipologia dei prodotti fitosanitari di cui è prevista la vendita:

Molto Tossici	Tossici	Nocivi
Irritanti	Non classificati	

Specificare prodotti venduti:

### 2.2 – Attività ospitante

Esercizio di vicinato	Media struttura di vendita	Grande struttura di vendita
Estremi dell'atto abilitativo per l'esercizio dell'attività ( <i>per attività già esistenti</i> )		

Sigla dell'interessato

### 2.3 – Superfici di vendita

Superficie destinata alla vendita dei prodotti fitosanitari

Superficie totale dell'esercizio *(compresa la superficie dedicata ad altri usi)*

### 2.4 – Altre notizie

Esercizio a carattere	Permanente	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:

*Firma del preposto per conferma dei dati sopra riportati e accettazione dell'incarico:*

### 2.6 – Allegati

SI	NO	Documento
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pianta planimetrica del locale in scala massima 1:200
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Relazione descrittiva dei locali, degli impianti e delle attrezzature
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Copia documento di identità in corso di validità di ognuna delle persone che rendono e sottoscrivono dichiarazioni
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	In caso di cittadini extracomunitari, fotocopia di valido permesso di soggiorno

## 3. Data e firma

Luogo e data

**Firma dell'interessato**