



Al Responsabile SUAP
Via della Pineta 117
00040 Rocca Priora RM

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA' VENDITA DI PRODOTTI FITOSANITARI

Al Comune di

Il/La sottoscritto/a nato/a a Prov.
 il residente a Via/Piazza
 n. Tel. C.F.
 email

In qualità di Legale Rappresentante della

Impresa Individuale
 Società/Cooperativa/ONLUS
Sita in Via/Piazza n.
 Tel. P. IVA/C.F.

SEGNALA

- INIZIO ATTIVITA'
- INIZIO ATTIVITA' PER SUBINGRESSO
- MODIFICA ATTIVITA'
- CESSAZIONE ATTIVITA'

DI VENDITA DI PRODOTTI FITOSANITARI

DICHIARA

Che il locale per l'esercizio dell'Attività è ubicato in
Prov. Via/Piazza n.
 di avere la disponibilità dei locali;
 che il locale oggetto della dichiarazione ottempera alle disposizioni in materia di edilizia ed urbanistica in quanto:
 è munito di permesso a costruire/concessione edilizia a sanatoria n° del
 con categoria catastale ;
ovvero
 il locale è compreso nel certificato di agibilità n° del con categoria catastale ;

ovvero

- ✓ per il locale, in data [] con prot. [] è stato richiesto il certificato di agibilità e che la stessa si intende attestata per silenzio assenso come previsto dall'art. 25 del D.P.R. 380/2001;

ovvero

- ✓ per il locale, in data [] con prot. [] è stato richiesto il certificato di agibilità.

IN CASO DI SUBINGRESSO COMPILARE ANCHE LA PRESENTE SEZIONE:

si **DICHIARA** che l'attività è stata esercitata da:

Denominazione o Ragione Sociale _____ con Cod. Fisc. _____

Il Subingresso è avvenuto per

Atto tra Vivi (specificare quale) _____ OVVERO

Mortis Causa _____

E che il sottoscritto inizierà la propria attività a far data da _____

IN CASO DI CESSAZIONE COMPILARE ANCHE LA PRESENTE SEZIONE:

si **DICHIARA** che l'attività cesserà a far data dal _____

DICHIARA ALTRESI'

- ✓ Di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- ✓ che non ha carichi pendenti presso le Procure della Repubblica, su tutto il territorio Nazionale (nel caso di cittadino extracomunitario residente: né procedimenti giudiziari in atto);
- ✓ che non sussistono, nei propri confronti, cause di divieto, di decadenza o di sospensione, di cui all'articolo 10 de l l a Legge 31 maggio 1965 n. 575;
- ✓ di essere in possesso, personalmente, del certificato di **abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari** ovvero

che il/la sig./sig.ra [] nato/a a []
Prov. [] con Cod. Fisc. []

possiede il certificato di **abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari**:

Certificato n. [] rilasciato il [] dall'Autorità

Sanitaria individuata dalla Regione Lazio [] **ovvero** è in possesso del seguente titolo di studio:

- Laurea in Scienze Agrarie e Forestali;
- Perito Agrario;
- Laurea in chimica;
- Laurea in Medicina e chirurgia;
- Laurea in Veterinaria;
- Laurea in Scienze biologiche;
- Laurea in Farmacia;

- Diploma in Farmacia;
- Perito chimico
- Altro (specificare) _____

- ✓ Che i prodotti fitosanitari ed i loro coadiuvanti SONO detenuti o venduti in locali che NON sono adibiti al deposito o alla vendita di generi alimentari;
- ✓ Che è consapevole del DIVIETO di vendita dei prodotti fitosanitari e dei loro coadiuvanti sia IN FORMA AMBULANTE che allo STATO SFUSO;
- ✓ Che i prodotti fitosanitari ed i loro coadiuvanti, se classificati molto tossici, tossici o nocivi, sono conservati in appositi locali o in appositi armadi chiusi a chiave;
- ✓ Di essere provvisto di un registro o di uno schedario numerato di carico e scarico debitamente vistato in ogni pagina dalla ASL competente territorialmente.

Data _____

FIRMA

Allegati:

- copia fotostatica del documento di identità in corso di validità;
- copia fotostatica del titolo di studio idoneo all'esercizio dell'attività ovvero il **certificato di abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari**;
- Autorizzazione Sanitaria dei locali;
- atto di disponibilità dei locali;
- solo in caso di subingresso: Atto di cessione di Azienda;
- Altro _____