UNIONE MONTANA dei COMUNI del MUGELLO
Barberino di Mugello – Borgo San Lorenzo – Dicomano – Firenzuola – Marradi –
Palazzuolo sul Senio – Scarperia e San Piero - Vicchio

S.U.A.P. Sportello Unico per le Attività Produttive

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE
AL COMMERCIO E ALLA VENDITA DI PRODOTTI FITOSANITARI
E DEI COADIUVANTI DI PRODOTTI FITOSANITARI
nonchè
ALLA ISTITUZIONE, GESTIONE DI DEPOSITI E LOCALI PER IL COMMERCIO E LA VENDITA DI PRODOTTI FITOSANITARI:
(Artt. 21 e 22 D.P.R. 23/04/2001, n. 290)

MARCA DA BOLLO
€ 16,00

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome _____ Nome _____

[ ] titolare [ ] legale rappresentante dell'impresa _____

i cui dati sono interamente riportati nella pratica STAR di cui il presente modulo costituisce documentazione da allegare alla sezione *DOCUMENTAZIONE PROCEDIMENTO* chiede

AUTORIZZAZIONE AL COMMERCIO E E ALLA VENDITA DI PRODOTTI FITOSANITARI E DEI COADIUVANTI DI PRODOTTI FITOSANITARI

nonché

ALLA ISTITUZIONE, GESTIONE DI DEPOSITI E LOCALI PER IL COMMERCIO E LA VENDITA DI PRODOTTI FITOSANITARI (Artt. 21 e 22 D.P.R. 23/04/2001, n. 290)
per i locali di deposito e vendita ubicati in:

Via/P.zza_____ n. _____

CAP _____ Comune _____

DICHIARA CHE

1) i prodotti fitosanitari e coadiuvanti di prodotti fitosanitari oggetto di vendita sono, come meglio dettagliati nella relazione allegata:

_____

_____

_____

_____

2) l' institore, procuratore o preposto all'attività di vendita dei prodotti fitosanitari e dei coadiuvanti di prodotti fitosanitari è il/la Sig./Sig.ra:

Cognome_____ Nome _____

Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Residente in Via/P.zza_____n._____

Comune_____ Prov _____

Titolo di studio _____

Estremi dell'abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari: Atto SUAP_____

3) di impegnarsi a comunicare ogni successiva modifica a quanto sopra descritto, compresa l'eventuale cessazione dell'attività dichiarata;

4) il possesso di ogni altro requisito igienico sanitario dei locali, degli impianti e delle attrezzature così come stabilito dalle seguenti disposizioni:
◦ D.P.R. 23 aprile 2001 n. 290;
◦ Circolare del Ministero della Sanità 30 aprile 1993 n. 15 (caratteristiche minime di sicurezza dei locali adibiti al deposito ed alla vendita di presidi sanitari);

5) la conformità dell'agibilità e della destinazione d'uso dei locali oggetto dell'attività.

Allegati:

1. planimetria dei locali, in scala non inferiore a 1:500 del locale adibito al commercio, alla vendita e al deposito di prodotti fitosanitari e di coadiuvanti di prodotti fitosanitari;
2. dichiarazione dell'institore o procuratore o di chi assume l'incarico (All. 1):
3. relazione tecnico descrittiva attività;
4. ricevuta di pagamento diritti suap https://www.uc-mugello.fi.it/suap

DICHIARA inoltre:

- di non avere riportato condanne penali ostative all'esercizio o alla continuazione dell'attività;

- di non avere procedimenti penali in corso ostativi all'esercizio o alla continuazione dell'attività;

- di essere in possesso dei requisiti morali come già dichiarato nella pratica STAR.

Data _____

Il presente documento dovrà essere firmato digitalmente.

Firma autografa (eventuale) _____

Qualora venga apposta una firma autografa sarà necessario allegare un documento di identità in corso di validità del dichiarante.

Avvertenza: il presente modulo deve essere utilizzato esclusivamente a completamento della procedura disponibile su STAR (Sistema Telematico di Accettazione Regionale) per le procedure di competenza dello Sportello Unico alle Attività Produttive di cui al DPR 160/2010.

UNIONE MONTANA dei COMUNI del MUGELLO
Barberino di Mugello – Borgo San Lorenzo – Dicomano – Firenzuola – Marradi –
Palazzuolo sul Senio – Scarperia e San Piero - Vicchio

All. 1

DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI INCARICO AL COMMERCIO E VENDITA DI PRODOTTI FITOSANITARI E DI COADIUVANTI DI PRODOTTI FITOSANITARI (INSTITORE, PROCURATORE O CHI ASSUME L'INCARICO).

Il/la sottoscritto/a Cognome_____Nome _____

Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|__

Residente in Via/P.zza _____ CAP _____

Comune_____ (Prov. _____)

In qualità di (*titolare, procuratore, institore, preposto*) _____

della ditta/società_____

CF/PI |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Cell._____

mail _____

In possesso del:

1) Titolo di studio: _____

2) Estremi dell'abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari: Atto SUAP_____

DICHIARO DI ACCETTARE

L'incarico al commercio e vendita di prodotti fitosanitari per i locali ubicati in

Via/P.zza_____ n. _____

CAP _____ Comune _____

Data _____

Il presente documento dovrà essere firmato digitalmente.

Firma autografa (eventuale) _____

Qualora venga apposta una firma autografa sarà necessario allegare un documento di identità in corso di validità del dichiarante.

Via Palmiro Togliatti, 45 - 50032 Borgo San Lorenzo (Fi)
tel. 055 84527247/258/264 - fax 055 8456288
www.uc-mugello.fi.it - suap@uc-mugello.fi.it – PEC: uc-mugello@postacert.toscana.it
P. IVA 06207690485
orario: lunedì-martedì-venerdì: 9,00-13,00