

DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE SANITARIA PER L'IDONEITA' DEI LOCALI  
ADIBITI A DEPOSITO, COMMERCIO E VENDITA DI PRODOTTI FITOSANITARI  
(Artt. 6, 21 e 22 del D.P.R. 23.04.2001 n. 290)

MARCA  
DA  
BOLLO  
€ 16,00

All'Azienda U.L.S.S. n. 2 – Marca trevigiana  
Dipartimento di Prevenzione  
Servizio Igiene e Sanità Pubblica  
Distretto Pieve di Soligo  
Via Lubin, 16  
31053 PIEVE DI SOLIGO (TV)

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a ..... il ..... residente a.....  
via ..... C.F. ....  
nella sua qualità di preposto/titolare/legale rappresentante della Ditta .....  
.....  
con sede a ..... via .....  
telefono ..... partita IVA o Codice Fiscale .....

CHIEDE

1. Il rilascio dell'Autorizzazione di cui all'art.6 della Legge 283/62 e artt. 21 e 22 del D.P.R. 23.04.2001 n. 290 per l'esercizio dell'attività di deposito, commercio e vendita di Prodotti Fitosanitari (specificare quali)..... nei locali siti a ..... via ..... n. .... tel.....  
Fa presente che ABILITATO/I ALLA VENDITA DEI PRODOTTI FITOSANITARI è/sono:  
il/la Sig/Sig.ra ..... nato/a ..... il .....  
residente a..... via ..... C.F. ....  
il/la Sig/Sig.ra ..... nato/a ..... il .....  
residente a..... via ..... C.F. .... ;
2. che venga effettuato il sopralluogo, da parte del Servizio Igiene e Sanità Pubblica dell'U.L.S.S. 2 – Distretto Pieve di Soligo, per accertare l'idoneità dei locali da destinare al deposito, commercio e vendita dei prodotti fitosanitari, secondo quanto stabilito dalle leggi e dai regolamenti vigenti.

Data .....

Firma .....

ALLEGATI

- 1) marca da bollo da applicare sull'autorizzazione
- 2) pianta planimetrica in scala 1:100 dei locali adibiti a vendita/deposito/stoccaggio dei P.F.;
- 3) copia certificato di abilitazione alla vendita;

**AVVERTENZE:** la ditta interessata dovrà corrispondere all'U.L.S.S. 2, a mezzo bollettino di c/c postale che sarà consegnato all'atto del sopralluogo, l'importo stabilito dal Tariffario Regionale.