

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE SANITARIA PER DEPOSITO E  
VENDITA DI PRODOTTI FITOSANITARI E COADIUVANTI DI  
PRODOTTI FITOSANITARI**

**(Art. 21 D.P.R. 23 Aprile 2001 n° 290 e  
Circolare Ministero Sanità 30 Aprile 1993 n° 15)**

MARCA DA BOLLO

**Al Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale

I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I

in qualità di: Titolare/ Legale Rappresentante della Ditta \_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

partita IVA n° I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I

**CHIEDE**

il rilascio dell'autorizzazione sanitaria per esercitare l'attività di deposito e vendita di:

**\_ prodotti fitosanitari classificati:**

**molto tossici**    **tossici (ex 1° classe)**    **nocivi (ex 2° classe)**

**altri (ex 3° e 4° classe).**

da effettuarsi nei locali posti in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di false dichiarazioni e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli art. 75 e 76 D.P.R. 445/2000,

## **D I C H I A R A**

- che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della L.575/95 (in caso di società tutte le persone di cui all DPR 252/98 – per Snc tutti i soci – per Sas i soci accomandatari – per Srl Spa e Soc. coop il legale rappresentante e i membri del consiglio di amministrazione con compliazione di autocertificazione allegata);

- che il responsabile della vendita è il Sig. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ in possesso del certificato di abilitazione alla  
vendita rilasciato in data \_\_\_\_\_ dal Comune di \_\_\_\_\_

Esprimo inoltre il consenso al trattamento dei miei dati personali, ai sensi della Legge 675/96 (privacy), esclusivamente nell'ambito del procedimento oggetto della presente richiesta.

### **Allega la seguente documentazione:**

- Planimetria e sezione quotata dei locali in scala non superiore 1:100 con l'indicazione della destinazione d'uso dei locali;
- Schema tecnico del sistema di smaltimento delle acque di scarico, con localizzazione delle fosse biologiche o di altri impianti di depurazione dei reflui;
- Relazione tecnica descrittiva dell'attività svolta, dei locali, degli impianti e delle attrezzature;
- Marca da bollo per l'importo di legge;
- Copia del d.i. in corso di validità sia del titolare che del preposto alla vendita;
- Attestazione diritti SUAP € 60.00 da effettuarsi sul c/c n. 207506 intestato a Comune di Bagno a Ripoli – Servizio di tesoreria. Il suddetto pagamento potrà essere effettuato anche tramite il sistema di pagamento on-line sul sito del comune di Bagno a Ripoli.

Ai fini del sopralluogo di verifica nei locali si informa che gli stessi saranno completamente allestiti ed attrezzati orientativamente dalla data del \_\_\_\_\_, con eventuale nostra comunicazione nel caso si verificano cambiamenti.

Nostro attuale recapito telefonico per eventuali comunicazioni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

**Il Richiedente**

La presente istanza può essere presentata on - line tramite il sito istituzionale del comune di Bagno a Ripoli [www.comune.bagno-a-ripoli.fi.it](http://www.comune.bagno-a-ripoli.fi.it), oppure in via residuale mediante PEC con le modalità indicate nel sito.

## **Allegato 1**

### **Autocertificazione dei requisiti soggettivi morali**

#### **Dati anagrafici degli eventuali altri soggetti con poteri di rappresentanza**

##### **Soggetto n. 1**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ (16 caratteri)

Cittadinanza italiana ovvero \_\_\_\_\_

##### **Soggetto n. 2**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ (16 caratteri)

Cittadinanza italiana ovvero \_\_\_\_\_

##### **Soggetto n. 3**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ (16 caratteri)

Cittadinanza italiana ovvero \_\_\_\_\_

##### **Soggetto n. 4**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ (16 caratteri)

Cittadinanza italiana ovvero \_\_\_\_\_

DICHIARANO

di essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti dalla vigente normativa

**ACCERTARE, prima della sottoscrizione del presente documento, di essere a conoscenza ed in possesso dei requisiti previsti dalla vigente normativa. Si tratta in generale dell'assenza di precedenti penali o di particolari procedimenti penali in corso. Consultare l'ufficio per ogni dubbio o richiesta di chiarimento. La sottoscrizione in assenza dei requisiti costituisce reato ed è penalmente perseguita quale falsa dichiarazione in atti.**

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

**L'interessato n. 1**

---

**L'interessato n. 2**

---

**L'interessato n. 2**

---

**L'interessato n. 4**

---

**Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità), altrimenti la firma va apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica**