

Marca
da
bollo



**Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione
dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina**
Sede Trieste: Via de' Ralli n. 3
Sede Gorizia: Via Vittorio Veneto n. 169
Pec: asugi.@certsanita.fvg.it

MODELLO RAS1
Rev. 03 dd 09/08/23

OGGETTO: Richiesta di AGGIORNAMENTO del nominativo del PREPOSTO ALLA VENDITA indicato nella autorizzazione per il commercio e la vendita di prodotti fitosanitari per uso professionale (art. 22 D.P.R. 23 aprile 2001, n. 290).

RICHIEDENTE

Il sottoscritto/a Cognome: _____ Nome: _____ cittadinanza _____
nato a _____ il _____
residente nel comune di _____ (_____) CAP |__|__|__|__|__|
via/piazza _____ n _____ tel. _____
codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
in qualità di: legale rappresentante titolare altro _____

SEDE LEGALE IMPRESA

Denominazione impresa : _____

Partita .IVA: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
con sede legale nel comune di _____ (_____) CAP |__|__|__|__|__|
via/piazza _____ n _____ tel. _____
pec _____
e-mail _____

CHIEDE

l'aggiornamento al nominativo sotto riportato del preposto alla vendita nella Autorizzazione Sanitaria per la vendita ed il deposito dei prodotti fitosanitari per l'uso professionale
n. _____ rilasciata il _____
da _____

NUOVO PREPOSTO ALLA VENDITA

Cognome: _____ Nome: _____ cittadinanza _____
nato a _____ il _____
residente nel comune di _____ (_____) CAP |__|__|__|__|__|
via/piazza _____ n _____ tel. _____
codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
in possesso di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari
rilasciato da _____
data ultimo rinnovo _____

DICHIARAZIONI DEL RICHIEDENTE FIRMATARIO

Il firmatario della presente dichiara:

di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata questa domanda ed ai fini del controllo ufficiale e rilascia il consenso al loro utilizzo nei limiti su riportati;

ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, che quanto riportato nel presente documento corrisponde a verità e di essere consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del medesimo DPR.

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti degli articoli 38,46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445

di essere informato sulla incompatibilità all'esercizio dell'attività di vendita (distributori) dei prodotti fitosanitari con l'attività di consulente sull'impiego dei prodotti fitosanitari (consulenti).

DOCUMENTI DA ALLEGARE

dichiarazione del preposto alla vendita di assunzione della responsabilità alla gestione della sede operativa sopra indicata (Allegato ARP)

fotocopia di un documento d'identità del richiedente in corso di validità ai sensi del D.P.R 445/2000

attestazione dell'avvenuto versamento degli importi previsti nel tariffario Regionale di cui al D.PGR 19/12/2013 n. 0252/Pres. Ammontante a **€ 65,08** (attestazioni e pareri scritti) recante quale causale del versamento

AGGIORNAMENTO AUTORIZZAZIONE SANITARIA DEPOSITO PRODOTTI FITOSANITARI

COME PAGARE

Per il pagamento degli importi dovuti è possibile utilizzare uno dei seguenti canali:

- ✓ Bollettino postale intestato a all'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina – Servizio di Tesoreria, via Costantino Costantinides n. 2, Trieste n° 10347342 recante quale causale del versamento **AGGIORNAMENTO AUTORIZZAZIONE SANITARIA DEPOSITO PRODOTTI FITOSANITARI;**
- ✓ Bonifico bancario: CODICE IBAN IT06D0306912344100000046103

COME INVIARE LA DOMANDA

La domanda può essere inviata:

- ✓ all'indirizzo di posta elettronica certificata asugi@certsanita.fvg.it
- ✓ al seguente indirizzo: Azienda Universitaria Giuliano Isontina - Dipartimento di Prevenzione S.C. Igiene Alimenti e Nutrizione
 - Via de' Ralli n. 3 - 34128 Trieste
 - Via Vittorio Veneto n. 169 – 34170 Gorizia

LUOGO _____

DATA ___/___/_____

FIRMA _____

(leggibile e per esteso)

