|  |  |
| --- | --- |
| Região | Escolha um item. |
|  |  |  |
| Nº de Pedido de Derrogação |       | Data |       |

**REQUERIMENTO PARA O PEDIDO DE DERROGAÇÃO DE APLICAÇÃO DE PRODUTOS FITOFARMACÊUTICOS EM ZONAS URBANAS E DE LAZER**

**(ao abrigo do Decreto-Lei n.º 35/2017, de 24 de março)**

1. **Identificação do Requerente:**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominação  |       |
|  |  |  |
| Morada |       |
|  |  |  |  |  |  |
| Código Postal |       | Distrito de  |       |
|  |  |  |  |  |  |
| E-mail |       | Telefone |       |
|  |  |  |  |  |  |
| Nº AEA[[1]](#footnote-1) |       | Técnico Responsável |       |

1. **Identificação do Ponto de Contato:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |       |
|  |  |  |  |  |  |
| Cargo / Função |       |
|  |  |  |  |  |  |
| Telefone |       | E-mail: |       |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Inimigo a combater (indicar o nome do inimigo e espécie vegetal visada):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Inimigo a combater** |  | **Espécie Vegetal Visada** |
|[ ]  Praga |       | em |       |
|  |  |  |  |  |
|[ ]  Doença |       | em |       |
|  |  |  |  |  |
|[ ]  Infestante |       | em |       |

1. **Local onde se pretende realizar a aplicação:**

|  |  |
| --- | --- |
|[ ]  Jardim Infantil |[ ]  Jardim ou Parque Urbano de Proximidade |
|  |  |  |  |
|[ ]  Hospital ou outros locais de prestação de cuidados de saúde |[ ]  Estrutura residencial para idosos |
|  |  |  |  |
|[ ]  Parque de Campismo |[ ]  Estabelecimento de ensino (exceto nos dedicados à formação em ciências agrárias) |
|  |  |
| Nome |       |
|  |  |
| Morada |       |
|  |  |  |  |
| Código Postal |       | Área a tratar |       |

**Anexar fotografias georreferenciadas do local onde se pretende realizar a aplicação (por ex. imagens retiradas do Google Maps, com localização assinalada)**

1. **Produto fitofarmacêutico que se propõe aplicar:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome comercial |       | Nº AV/AVP/ACP |       |

1. **Época de aplicação:**

|  |
| --- |
|       |

1. **Justificação (deverá ser justificada a não existência de meios e técnicas de controlo alternativas, nomeadamente, meios de controlo mecânicos, biológicos, biotécnicos ou culturais):**

|  |
| --- |
|       |

**GARANTIA DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

Os dados pessoais recolhidos neste formulário serão exclusivamente utilizados na realização de todos os procedimentos necessários ao registo do requerimento para o Pedido de Derrogação, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 35/2017, de 24 de março.

O tratamento dos dados é efetuado segundo o disposto no Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).

Como titular dos dados, tem o direito à alteração dos dados pessoais inexatos e posteriormente, à oposição ao tratamento dos dados, a não ser que o responsável pelo tratamento apresente razões legítimas para prosseguir com o tratamento.

Assinatura do Requerente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data  |       | / |       | / |       |

1. **Parecer da DGAV:**

|  |  |
| --- | --- |
|[ ]  **Desfavorável** |[ ]  **Favorável** |
|  |  |  |  |
| *Justificação* |  |  |
|       |

Assinatura

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data  |       | / |       | / |       |

1. Número de Autorização de Exercício de Atividade [↑](#footnote-ref-1)