|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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)