**PEDIDO DE TRANSFERÊNCIA DE TITULARIDADE DA AUTORIZAÇÃO DE EXERCÍCIO DE ATIVIDADE DE APLICAÇÃO TERRESTRE DE PRODUTOS FITOFARMACÊUTICOS**

**(ao abrigo do art.º 19º, 27º e 28º da Lei n.º 26/2013, de 11 de abril)**

1. **Identificação da pessoa singular/pessoa coletiva atual:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo/Designação social  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |
| NIF |       | Nome representante \* |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Morada da sede |       |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Código Postal |       | Freguesia de  |       |
|  |  |  |  |
| Concelho de  |       | Distrito de |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Código da certidão permanente do registo comercial |       |
|  |  |
| E-mail |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Telefone |       | Telemóvel |       |

\* Gerente/administrador/outra figura que vincule a empresa

1. **Identificação da pessoa singular/pessoa coletiva anterior:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo/Designação social  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |
| NIF |       | Nome representante \* |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Morada da sede |       |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Código Postal |       | Freguesia de  |       |
|  |  |  |  |
| Concelho de  |       | Distrito de |       |

\* Gerente/administrador/outra figura que vincule a empresa

1. **Solicita alteração de titularidade da autorização de exercício de atividade:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Autorização de Exercício de Atividade n.º |       |  |
|  |
| Empresa [ ]  | C.A.E. registados | 81300 [ ]  | 02400 [ ]  | 02100 [ ]  | Outros [ ]  |
|  |  |  |  |  |  |
| Entidade privada [ ]  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Morada |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Código Postal |       | Freguesia de  |       |
|  |  |  |  |
| Concelho de  |       | Distrito de |       |
|  |  |  |  |
| E-mail |       | Telefone/Telemóvel |       |

1. **Identificação** **das instalações de armazenamento de PF (se diferente da morada da sede):**
2. **Identificação do Técnico Responsável (TR) atual:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo |       |
|  |  |  |  |
| Nº de habilitação de TR |       | Data de validade da habilitação |       |

1. **Declaração de armazenamento de produtos tóxicos e muito tóxicos para prevenção de acidentes graves (selecionar ambas as declarações):**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Declaro para os devidos efeitos, que na instalação para a qual se vem requerer a transferência de titularidade da autorização de exercício de atividade, não se prevê armazenar mais de 5 toneladas de substâncias perigosas classificadas como “muito tóxicas”. |
|  | **E** |
| [ ]  | Declaro para os devidos efeitos, que na instalação para a qual se vem requerer a transferência de titularidade da autorização de exercício de atividade, não se prevê armazenar mais de 50 toneladas de substâncias perigosas classificadas como “tóxicas”. |

1. **Declaração em como o estabelecimento comercial satisfaz os regulamentos em vigor sobre a higiene e segurança no trabalho (selecionar a declaração):**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Declaro para os devidos efeitos, que são aplicadas e cumpridas as normas em vigor, relativas à higiene e segurança no trabalho, em todas as instalações do estabelecimento onde são manipulados ou armazenados produtos fitofarmacêuticos. |

1. **Declaração de compromisso de manutenção da instalação autorizada (selecionar a declaração):**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Declaro por minha honra, e para os devidos efeitos, que as instalações vistoriadas no âmbito do processo de autorização de exercício n.º       anteriormente concedida, não sofreram alterações até à presente data. |

1. **Documentação que acompanha o pedido e taxa a pagar:**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Cópia/código da certidão permanente do registo comercial ou extrato, na forma simples, do teor das inscrições em vigor no registo comercial ou documento que ateste o início da atividade fiscal; |
| [ ]  | **Técnico Responsável (TR)**: Declaração de aceitação de funções datada e assinada pelo(a) próprio(a) **e** cópia do cartão;  |
| [ ]  | **Aplicadores de Produtos Fitofarmacêuticos (APF)**: Listagem com identificação dos APF **e** cópia dos cartões de APF, ou certificados de formação profissional homologados pelos serviços competentes; |
| [ ]  | Listagem do tipo de aplicações a efetuar, dos equipamentos de aplicação a utilizar e dos equipamentos de proteção individual, em função dos produtos fitofarmacêuticos a utilizar; |
| [ ]  | Cópia do alvará do estabelecimento, ou da licença de utilização das instalações; |
| [ ]   | Planta de localização, planta do edificado com indicação da sinalética de segurança e registos fotográficos, se possível; |
| [ ]  | Cópia da apólice do seguro de responsabilidade civil, de acordo com o previsto na Portaria n.º 1364/2007, de 17 de outubro (aplicável para Empresas); |
| [ ]   | Cópia ou original da autorização de exercício de atividade original; |

**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 processo em apreço.

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.

Em caso de alteração de dados solicita-se a sua comunicação à DGAV para o e-mail: uso.sustentavel@dgav.pt

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

------------------------------------------------------------------

Assinatura do Requerente