**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE EXERCÍCIO DE ATIVIDADE DE APLICAÇÃO TERRESTRE DE PRODUTOS FITOFARMACÊUTICOS (PF)**

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

1. **Identificação do requerente:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo/Denominação 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. **Solicita** **autorização de exercício de atividade de aplicação terrestre de produtos fitofarmacêuticos por:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Empresa [ ]  | C.A.E. registados  |  81300 [ ]  | 02400 [ ]  | 02100 [ ]  | Outros [ ]  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Entidade privada [ ]  | Entidade pública [ ]  |  |  |  |  |  |

1. **Identificação** **dos serviços/instalações de armazenamento de PF (se diferente da morada da sede):**

|  |  |
| --- | --- |
| Serviços (Entidades) |       |
|  |  |
| Morada |       |
|  |  |
| Código Postal |       | Freguesia |       | Concelho |       |
|  |  |  |  |  |  |
| E-mail |       | Telefone/Telemóvel |       |
|  |
| Morada das Instalações |       |  |
|  |  |  |
| Código Postal |       | Freguesia |       | Concelho |       |
|  |  |  |  |  |  |
| E-mail |       | Telefone/Telemóvel |       |

1. **Identificação do Técnico Responsável (TR):**

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

1. **Declaração sobre a necessidade de obter alvará ou licença de utilização compatível com a atividade a exercer (selecionar a afirmação correta):**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | O edifício ou a fração onde será instalado o armazém ou o estabelecimento dispõe de autorização de utilização compatível com a atividade a exercer. |
|  | **OU** |
| [ ]  | Declaro para os devidos efeitos, que tomei conhecimento da necessidade de o edifício ou a fração onde será instalado o armazém ou o estabelecimento dispor de autorização de utilização compatível com a atividade aexercer. |

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

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Cópia da certidão permanente do registo comercial ou extrato, na forma simples, do teor das inscrições em vigor no registo comercial; |
| [ ]  | **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 acompanhado da declaração comprovativa do pedido de cartão à entidade competente; |
| [ ]  | 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; |
| [ ]  | Planta de localização, planta do edificado, ou croqui, com indicação da sinalética de segurança, acompanhada de documento com caracterização dos materiais de construção\* das instalações a vistoriar e registos fotográficos; |
| [ ]  | 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); |
| [ ]   | Comprovativo de pagamento da taxa no valor de **462,10 €** **[[1]](#footnote-1)** (quatrocentos e sessenta e dois euros e dez cêntimos) referente ao pedido de análise de processo, incluindo a vistoria ao local onde se situem as instalações ou os equipamentos identificados no pedido, conforme o Despacho n.º 3509/2024, de 1 de abril. |

\* Cópia de fichas técnicas dos materiais que suscitem dúvidas relativamente à sua resistência física e ao fogo, usados em portas, teto e paredes exteriores e interiores, onde constem os seguintes critérios, quando aplicáveis: **R** – Capacidade de suporte de carga (minutos), **E** – Estanquicidade a chamas e gases inflamáveis (minutos) e **I** – isolamento térmico (minutos). Caso não seja possível fornecer documentação comprovativa da resistência dos materiais ao fogo, com os critérios solicitados, poderá em alternativa ser disponibilizado cópia da ficha de segurança contra incêndios, caso aplicável.

**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 |

1. Os dados relevantes para as transferências bancárias (com entrega do comprovativo do pagamento) são os seguintes:

Banco: IGCP - Instituto de Gestão da Tesouraria e do Crédito Público, IP. Balcão: Av. República, n.º 57-6º - 1050-189 Lisboa

**NIB: 0781 011 200 000 007 784 96 IBAN: PT50 0781 011 200 000 007 784 96 SWIFT: IGCPPTPL** [↑](#footnote-ref-1)