

**MODELLO B**

**VERBALE DI ISPEZIONE PRESSO L'AZIENDA AGRICOLA/FLORICOLA PER IL CONTROLLO UFFICIALE SULL'IMPIEGO DEI PRODOTTI FITOSANITARI E DEI RELATIVI COADIUVANTI**

( D.lgs 194/1995- Direttiva 91/414/CEE- Accordo 8 aprile 2009 )

Il giorno.....del mese di .....dell'anno .....alle ore .....

I sottoscritti.....

si sono recati presso l'azienda agricola / floricola della:

Ditta..... P.I. ....

Registrazione N. .... sede legale

in via.....n.....

condotta dal sig.....nato a.....

il..... e residente a.....in via.....n.....

alla presenza di.....nato a.....

il.....e residente a.....in via.....n.....

qualifica.....procedono ai seguenti accertamenti in campo:

- **REQUISITI DEGLI OPERATORI ADDETTI ALL'UTILIZZO DEI PRODOTTI FITOSANITARI-(art.25 del DPR 290/01)**

Addetto/i all'utilizzo dei P.f.s.:

• Sig.....nato .....

il.....residente a.....in via.....n.....

Certificato di autorizzazione all'impiego N.....rilasciato in data.....

• Sig.....nato .....

il.....residente a.....in via.....n.....

Certificato di autorizzazione all'impiego N.....rilasciato in data.....

- **REGISTRO DEI TRATTAMENTI (art. 42 DPR 290/01)**

Tenuta Registro trattamenti

SI  NO

- **DOTAZIONI STRUMENTALI E DPI**

**Non conformità rilevate dalla check list allegata**

dotazione di DPI per ogni addetto

SI  NO

Dispositivi personali di protezione: - occhiali - guanti- stivali - tuta di gomma - maschera con filtri	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--	---

• **VERIFICA DOCUMENTAZIONE**

Fattura e Modulo d'acquisto dei Pfs "Molto tossici, tossici e nocivi"	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Registrazione ai sensi dell'art. 6 Reg. Ce n.852/2004	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Altro.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Il presente all'ispezione spontaneamente dichiara:.....  
 .....

Il presente verbale è redatto in triplice copia di cui una è rilasciata all'interessato

Fatto, letto, confermato, sottoscritto in data e luogo di cui sopra, chiuso alle ore.....

La Parte  
 -----

Operatori del Controllo Ufficiale  
 -----

**Check list per il sopralluogo sull'impiego dei prodotti fitosanitari**

**Anagrafica aziendale**

aziende agricole con colture in campo

aziende agricole con colture in serra

altro \_\_\_\_\_

**NOME O RAGIONE SOCIALE** dell'azienda

Legale rappresentante: \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a : \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

documento d'identità \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

**SEDE LEGALE**

Comune:

\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

P.IVA/C.F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_

**superficie aziendale**

**colture**

prevalenti \_\_\_\_\_

**n° lavoratori**

dipendenti \_\_\_\_\_

**ABILITAZIONI**

**AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO ED ALL'UTILIZZO DEI PRODOTTI  
FITOSANITARI**

Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

residente a

\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

n° patentino \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ rinnovato il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

residente a

\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

n° patentino \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ rinnovato il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## TIPO DI PRODOTTI FITOSANITARI UTILIZZATI

molto tossici(T+); tossici(T);  nocivi(Xn);  irritanti(Xi);  non classificati(nc);  
 altro

## MODALITÀ DI STOCCAGGIO DEI PRODOTTI

separazione da alimenti e mangimi  si  no

separazione per i prodotti T+, T, Xn :  si  no mediante \_\_\_\_\_ chiuso a  
chiave  si  no

cartelli segnalatori di pericolo  si  no

prodotti non autorizzati  si  no; prodotti sospesi  si  no ; prodotti revocati  si  no

## DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE E INDICAZIONI PER LA SICUREZZA

armadietto  si  no ;

tuta  si  no ;  in gomma  in tyvek  in goretex  in cotone

guanti  si  no ;  impermeabili  non impermeabili

protezione del viso:  occhiali protettivi;  maschera antipolvere carta ;  semimaschera con  
filtro;  maschera facciale con filtro ;  casco con elettroventola

calzature:  stivali in gomma  scarpe da lavoro

marchiatura CE dei DPI (specificare quali).....

Altro

adeguata segnalazione di avvenuto trattamento  si  no

rispetto del tempo di rientro  si  no

rispetto del tempo di carenza  si  no

rispetto della segnaletica antinfortunistica  si  no

segnalazione su problemi sanitari causati dall'uso di Pfs  si  no

## DOCUMENTAZIONE

Requisiti del Registro dei trattamenti

Coltura- identità e fase fenologica  si  no

- prodotto utilizzato (nome commerciale).....

- classe tossicologica.....

- motivo del trattamento.....

- Dosaggio e superficie trattata in ettari.....

- Altro (specificare) : Registro compilato da titolare e/o delegato  ; utilizzatore  ; Centro di assistenza agricola

- Schede di sicurezza

## GESTIONE DEI RIFIUTI (D.lgs 152/2006 E S.M.I.)

contenitori vuoti  si  no

corretto stoccaggio  si  no

smaltimento corretto  si  no

estremi Ditta o Centro autorizzato per lo smaltimento  si  no

## APPARECCHIATURE UTILIZZATE

atomizzatore/pompa portatile  si  no

atomizzatore/pompa con trattore  si  no

zolfatrice  si  no

cabina pressurizzata  si  no

botte per diserbo  si  no

attrezzatura per fumiganti  si  no

altro .....

Note : segnalazione su eventuali incidenti durante l'impiego di prodotti fitosanitari: