

**MODELLO A**  
**VERBALE DI ISPEZIONE PRESSO I LOCALI ADIBITI AL COMMERCIO, DEPOSITO E/O VENDITA**  
**DEI PRODOTTI FITOSANITARI E DEI RELATIVI COADIUVANTI**  
 (DPR 290/01- D.lgs 194/95, D.lgs 14 marzo 2003, n.65, Circ. Min. San. N. 15 del 30.04.1993 )

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

I sottoscritti.....

si sono recati presso i locali della rivendita di prodotti fitosanitari della:

Ditta.....con sede a .....

in via.....n..... di cui legale rappresentante è il

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:

**1. Addetto/i alla vendita dei PFS (art. 23 D.P.R. 290/2001):**

Sig.....nato a.....

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

Certificato di abilitazione alla vendita n.....rilasciato in data.....

**2. Autorizzazione Sanitaria (art.6 Legge283/62 - art. 21 del D.P.R. 290/2001):**

n.....del.....

**3. Requisiti dei locali per la vendita e lo stoccaggio (art. 24, comma 1 e 2 del D.P.R. 290/2001- Circolare n. 15 del 30/04/1993)**

**Non conformità rilevate dalla check list allegata**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> stoccaggio prodotti                                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> dotazioni strumentali e mezzi di protezione individuale | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> verifica imballaggi / etichette pfs                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> requisiti strutturali                                   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

**Check-list per il sopralluogo in locali di deposito e vendita dei prodotti fitosanitari**

**Sez. 1****1. Anagrafica dell'esercizio di vendita**

deposito di smistamento  vendita al minuto con annesso deposito  deposito all'ingrosso

**NOME O RAGIONE SOCIALE**

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

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

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

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

**SEDE OPERATIVA E LEGALE**

Comune: \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

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

**Sez. 2****2. ABILITAZIONI ED AUTORIZZAZIONE SANITARIA****RESPONSABILE DELLA VENDITA DEI PRODOTTI FITOSANITARI**

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

residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

abilitazione alla vendita del \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_

**ALTRO PERSONALE ABILITATO ALLA VENDITA DEI PRODOTTI FITOSANITARI**

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

residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

abilitazione alla vendita del \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_

AUTORIZZAZIONE SANITARIA n° \_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

**Sez. 3****TIPO DI PRODOTTI FITOSANITARI VENDUTI**

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

**Sez. 4****4. LOCALI DI DEPOSITO/VENDITA**

(requisiti previsti dalla circolare Min. Sal. N°15/93 e dall'art. 24 del DPR290/01)

pavimenti resistenti a prodotti chimici:  si  no

sistema di contenimento:  si  no

mediante:  soglia  bacino  vasca a tenuta

pareti con tinteggiatura idrorepellente:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
	fino ad altezza di m. _____		
ventilazione- arecazione:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> naturale <input type="checkbox"/> forzata
certificato di prevenzione incendi (ove richiesto)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
estintori n° _____	tipo: <input type="checkbox"/> carrellato <input type="checkbox"/> portatile <input type="checkbox"/> altro		
revisionati	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
registro estintori	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Impianto elettrico - certificato di conformità	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
verifiche periodiche	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
impianto termico - certificato di conformità	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
verifiche periodiche	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
cassetta di primo soccorso	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
numeri telefonici di emergenza	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
mezzi segatura o simili	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
aspirapolvere ad acqua	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
vaschetta lavaocchi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
doccia di emergenza	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
modalità di stoccaggio dei prodotti:			
separazione da alimenti e mangimi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
separazione dal resto della merce :	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	mediante:
chiuso a chiave	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	(per i prodotti T+, T, Xn)
cartelli segnalatori di pericolo	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
prodotti sollevati dal pavimento	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
prodotti non autorizzati	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no;	
prodotti sospesi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no ;	
prodotti revocati	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Dispositivi di protezione individuale			
armadietto	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
tuta	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
guanti	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
maschera	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
casco	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
calzature	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	

Sez. 5

**5. DOCUMENTAZIONE**

Registro di carico/scarico	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
modulo di acquisto (per i prodotti T+, T, Xn)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
dichiarazione di vendita(copia)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

Sez. 6

**6. IMBALLAGGI ED ETICHETTE**  
(D.l.vo 194/95 – D.l.vo 65/03)

imballaggi integri	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
etichette conformi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
tracciabilità	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
scheda di sicurezza	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
consegna all'utilizzatore professionale	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

**ACQUISIZIONE ATTI**

Copia dei documenti:

**PRELIEVO CAMPIONI DI PRODOTTO FITOSANITARIO E RELATIVI COADIUVANTI** Prelievo del campione ..... come da verbale n..... del.....**SEQUESTRI o illeciti amministrativi**Sequestro amministrativo/giudiziario  illecito amministrativo 

come da verbale n..... del.....

**4. Trasmissione schede informative sui dati di vendita relativi all'anno precedente (art. 21 del D.P.R. 290/2001)**

**Entro febbraio**

SI  NO

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