DRAP Algarve

N.º pedido derrogação: \_\_\_\_ /20\_\_

Data:

**Decreto-Lei n.º 35/2017, DE 24 DE MARÇO**

Pedido de derrogação (n.º 6 do art.º 32º)

1.Requerente (*nome, morada, n.º Autorização de exercício*):

2.Ponto de contacto (*Nome, telefone e email*):

3.Inimigo a combater (*indicar o nome da doença ou praga e espécie vegetal visada*)

4.Indicar o local onde se pretende realizar a aplicação (*assinalar a opção, indicar nome e morada e área a tratar e possibilidade de ser impedido o acesso a pessoas por tempo determinado)*

* Jardim infantil
* Jardim ou parque urbano de proximidade
* Parque de campismo
* Hospital ou outros locais de prestação de cuidados de saúde
* Estruturas residenciais para idosos
* Estabelecimentos de ensino (exceto nos dedicados à formação em ciências agrárias)

5.Produto fitofarmacêutico que se propõe aplicar (*indicar o nome comercial e n.º autorização de venda*)

6.Época de aplicação, data provável de aplicação e número de tratamentos previstos

7. Justificação (*deverá ser justificada a imprescindibilidade de controlo do problema fitossanitário e a não existência de meios e técnicas de controlo alternativas, nomeadamente, meios de controlo mecânicos, biológicos, biotécnicos ou culturais)*

*Assinatura do requerente:*

*Data:*

8. Parecer da DRAP (*e fundamento)*

* *Desfavorável*
* *Favorável*

*Assinatura e data (DRAP):*