



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES



Secretaria Regional dos Recursos Naturais
Direção Regional da Agricultura e Desenvolvimento Rural
Direção de Serviços de Agricultura

**DECLARAÇÃO DE ENCERRAMENTO OU CESSAÇÃO DA ATIVIDADE
DAS EMPRESAS DISTRIBUIDORAS OU DOS ESTABELECIMENTOS
DE VENDA DE PRODUTOS FITOFARMACÊUTICOS**

1) _____ , portador do Bilhete de Identidade / Cartão do Cidadão n.º _____ , Número de Identificação Fiscal _____ , com os contatos de telefone / telemóvel _____ / _____ , na qualidade de Técnico Responsável do(a) 2) _____ de produtos fitofarmacêuticos 3) _____ , titular da autorização n.º _____ , sito(a) em _____ , freguesia de _____ , concelho de _____ , ilha de _____ , em cumprimento com o disposto na alínea g), do artigo 6.º, da Lei 26/2013, de 11 de abril, declara, para os devidos efeitos, que o(a) mesmo(a) 4) _____ atividade em ___ / ___ / ___ .

Mais declara estar acreditado pela DGAV com o n.º _____ .

LOCAL E DATA: _____ , ___ de _____ de _____

ASSINATURA: _____

1) nome completo.

2) estabelecimento de venda / empresa de distribuição.

3) nome da empresa.

4) encerrou / cessou.