

Ordinanza n. _____ del _____

Spett.le Comune di Castel San Pietro Terme

.....
indirizzo PEC: suap@pec.cspietro.it

Spett.le AUSL

**Dipartimento Sanità Pubblica di
Imola**

indirizzo PEC: frontoffice@ausl.imola.bo.it

**COMUNICAZIONE DI DISINFESTAZIONE ADULTICIDA CONTRO LA ZANZARA E ALTRI
INSETTI DI INTERESSE PUBBLICO**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____
telefono _____ e-mail _____ PEC _____
in qualità di _____

☐ proprietario/conduuttore dell'edificio situato in Via _____

☐ amministratore del condominio situato in Via _____

COMUNICA

che in data _____ intende eseguire attività di disinfestazione adulticida nelle seguenti aree:

- _____
- _____

I trattamenti contro le zanzare adulte saranno eseguiti con la seguente attrezzatura:

☐ nebulizzatori a motore portati da automezzi o di tipo “a spalla” a motore o portatili a funzionamento elettrico

☐ pompe a precompressione o a “caricamento” manuale

☐ impianto fisso e automatico di distribuzione di prodotti contro le zanzare installato in data _____

La disinfestazione verrà eseguita in orario crepuscolare/notturno o nelle prime ore del mattino, e più precisamente dalle ore _____ alle ore _____

A tale proposito dichiara di aver ottemperato alle prescrizioni della ordinanza n. _____ del _____ in ordine alle attività di lotta integrata in essa descritte.

Si allega la DICHIARAZIONE DI TRATTAMENTO ADULTICIDA che recepisce integralmente le disposizioni indicate nelle “Linee Guida Regionali per il corretto utilizzo dei trattamenti adulticidi contro le zanzare 2022” pubblicate sul sito internet www.zanzaratigreonline.it

Nel caso in cui le operazioni, **come fortemente consigliato**, siano effettuate da personale professionalmente competente, la dichiarazione sarà **compilata e firmata dall'incaricato della Ditta che effettua il trattamento**.

Il Proprietario-Conduuttore / L'Amministratore