Appendice 1

Ordinanza n. 26 del 30/06/2025

Spett.le
Comune di Medesano
Piazza Marconi, 6
PEC protocollo@postacert.comune.medesano.pr.it
Spett.le AUSL
Dipartimento Sanità Pubblica di Fidenza
Via Don E. Tincati, 5
PEC serv_ipub_fidenza@pec.ausl.pr.it

COMUNICAZIONE DI DISINFESTAZIONE ADULTICIDA CONTRO LA ZANZARA E ALTRI INSETTI DI INTERESSE PUBBLICO ANCHE TRAMITE UTILIZZO DI IMPIANTI AUTOMATICI DI DISTRIBUZIONE DEI PRODOTTI CONTRO LE ZANZARE

Il/la sottoscritto/a_____
nato/a a_____il_____
residente in _____via_____n._____
telefono_____e-mail_____PEC_____
in qualità di

□ proprietario/conduttore dell'edificio situato in Via _____

□ amministratore del condominio situato in Via _____

COMUNICA

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

- _____
- _____

Che verrà utilizzato il seguente prodotto Biocida o PMC:
nome commerciale_____ principio/ attivo/i _____

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

□ impianto fisso e automatico di distribuzione di prodotti contro le zanzare installato in data _____ con le caratteristiche tecniche riportate nella scheda allegata.

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 2024" 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-Conduttore / L'Amministratore

_____