

Spett.le **Comune di** _____
Mail/PEC;

Spett.le **Azienda Sanitaria Universitaria Friuli
Centrale (ASU FC)**
Dipartimento di Prevenzione
PEC: asufc@certsanita.fvg.it

OGGETTO: Comunicazione di disinfestazione aduicida contro la zanzara in aree private

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ (____) residente in _____ (____)

Telefono _____ email _____ PEC _____

In qualità di

proprietario / conduttore dell'edificio situato in _____

amministratore del condominio situato in _____

COMUNICA

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

_____;

L'intervento verrà realizzato:

in autonomia da parte del/la sig.ra _____

tramite ditta autorizzata _____

Tipologia di attrezzature che verranno impiegate per il trattamento aduicida

mediante attivazione di impianto fisso automatico

trattamento con lancia

trattamento con atomizzatore spalleggiato

atomizzatore a motore/elettrico montati su furgone/pick up

altro _____

Motivo del trattamento:

Forte presenza di zanzare

Forte presenza di altri insetti (es. _____)

È stato eseguito un sopralluogo per la verifica diretta dello stato di infestazione?

Si, da parte del personale della ditta autorizzata di disinfestazione

Si, da parte del personale del Comune

Si, da parte di altri _____

No

Se sì, come è stato valutato il grado di infestazione?

- Osservazione diretta di adulti
- Osservazione diretta di larve
- Cattura di adulti mediante trappole BG Sentinel
- Cattura di adulti mediante altri tipi di trappole/metodi (es. _____)
- Tecnica dell'uomo esca (human landing)

Esito del sopralluogo: _____

L'intervento verrà eseguito in orario crepuscolare/notturno o nelle prime ore del mattino, più precisamente dalle ore _____ alle ore _____.

che verrà utilizzato il seguente prodotto biocida o presidio medico-chirurgico (PMC) (inserire nome commerciale e principio attivo, allegare foto completa dell'etichetta e ove disponibile scheda tecnica del prodotto):

_____;

DICHIARA

di utilizzare esclusivamente prodotti biocidi (Reg. UE n.528 del 2012) o presidi medico-chirurgici (D.P.R. 392/1998) regolarmente autorizzati come insetticidi e/o insetto-repellenti, rispettando puntualmente tutte le indicazioni riportate in etichetta e di ottemperare alle prescrizioni dell'ordinanza n. _____ del _____ in ordine alle attività di lotta integrata in essa descritte.

Data _____

Firma _____