

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 adulticida 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 adulticida 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 adulticida

☐ 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?

Sì, da parte del personale della ditta autorizzata di disinfestazione _____ ☐

Sì, da parte del personale del Comune _____ ☐

Sì, 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 _____