

**Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL
di Bologna**

tramite modulo ON LINE al seguente link:
<https://www.ausl.bologna.it/form/dsp/comunicazione-di-trattamento-adulticida-per-zanzare-in-area-privata>

OGGETTO: 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 (nome e cognome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente in Via _____ n. _____

C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ / _____ e-mail _____

CF:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In qualità di:

Proprietario

Conduttore

Amministratore

dell'edificio situato in Via _____ n. _____

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. 54 del 01/06/2023 in ordine alle attività di lotta integrata in essa descritte.

ALLEGATI OBBLIGATORI

- **DICHIARAZIONE DI TRATTAMENTO ADULTICIDA (*Allegato 1.6 ter*)** 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**.

Proprietario-Conduuttore / Amministratore
