

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p>In allegato alla dichiarazione di</p> <p>Codice fiscale</p> |  |
|--|--|--|

## Dichiarazione di trattamento adulticida

| Il sottoscritto  |   |                             |                             |                               |     |
|--|---|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----|
| Cognome  |   | Nome                        |                             | Codice Fiscale                |     |
|  |   |                             |                             |                               |     |
| Data di nascita  | Sesso   | Luogo di nascita            |                             | Cittadinanza                  |     |
|  |   |                             |                             |                               |     |
| Residenza  |   |                             |                             |                               |     |
| Provincia  | Comune  |                             | Indirizzo                   |                               | CAP |
|  |   |                             |                             |                               |     |
| Telefono fisso   |   | Telefono cellulare          | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata |     |
|  |   |                             |                             |                               |     |
| in qualità di <i>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</i> |   |                             |                             |                               |     |
| Ruolo  |   |                             |                             |                               |     |
|  |   |                             |                             |                               |     |
| Denominazione/Ragione sociale  |   |                             |                             | Tipologia                     |     |
|  |   |                             |                             |                               |     |
| Sede legale  |   |                             |                             |                               |     |
| Provincia  | Comune  |                             | Indirizzo                   |                               | CAP |
|  |   |                             |                             |                               |     |
| Codice Fiscale   |   |                             | Partita IVA                 |                               |     |
|  |   |                             |                             |                               |     |
| Telefono   |   | Posta elettronica ordinaria |                             | Posta elettronica certificata |     |
|  |   |                             |                             |                               |     |
| in quanto  |   |                             |                             |                               |     |
| Ruolo  |   |                             |                             |                               |     |
| <input type="radio"/>  | proprietario, conduttore o amministratore dell'immobile         |                             |                             |                               |     |
| <input type="radio"/>  | titolare della ditta incaricata dell'esecuzione del trattamento |                             |                             |                               |     |

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

- che la popolazione residente nelle aree limitrofe alla zona oggetto del trattamento sarà avvisata previa affissione di apposita cartellonistica secondo l' "Avviso di trattamento adulticida in area privata", apposta almeno 48 ore prima dell'intervento

|               |
|---------------|
| Numero avvisi |
|               |

- che l'erogazione di insetticidi sarà interrotta immediatamente in caso di passaggio di persone a piedi durante l'operazione
- che il trattamento sarà interrotto in presenza di brezza e raffiche di vento superiore a 8 Km/h o in caso di pioggia
- che non verranno effettuati trattamenti adulticidi a calendario nelle aree già oggetto dell'intervento
- che non verranno effettuate irrorazioni dell'insetticida dirette contro qualunque essenza floreale, erbacea, arbustiva ed arborea durante il periodo di fioritura, dalla schiusura dei petali alla caduta degli stessi, nonché sulle piante che producono melata (attenzione particolare nel caso di viali di tigli sia nel periodo di fioritura sia per la frequente presenza di melata)
- che in presenza di apiari nell'area che s'intende trattare o nelle aree limitrofe alla stessa, entro una fascia di rispetto di almeno 300 m, l'apicoltore sarà avvisato con un congruo anticipo
- che non verranno effettuati trattamenti adulticidi con effetto residuale e "barriera"
- di avere recepito e di applicare scrupolosamente quanto raccomandato dalle vigenti "Linee Guida Regionali per il corretto utilizzo dei trattamenti adulticidi contro le zanzare" con particolare riguardo a:
- attrezzature utilizzate
  - formulati insetticidi
  - sicurezza personale, pubblica e ambientale
  - Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) per l'esposizione ad agenti chimici pericolosi (PMC / Biocidi Formulati Insetticidi).

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | scheda tecnica e scheda di sicurezza del prodotto utilizzato                                  |
| <input type="checkbox"/>            | documento di identità<br><i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/>            | altri allegati (specificare)  |

|          |      |                |
|----------|------|----------------|
| Piacenza |      |                |
| Luogo    | Data | Il dichiarante |