

DICHIARAZIONE DI TRATTAMENTO CONTRO GLI ADULTI DI ZANZARA

Prot.n. _____

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____ Codice ISS/ Codice Fiscale _____

residente in _____ Via _____ n. _____

Telefono _____ e-mail _____

in qualità di titolare della Ditta _____

con sede a _____ Via _____ n. _____

COE/ partita IVA _____

Telefono _____ e-mail _____

si impegna a:

avvisare la popolazione residente nelle aree limitrofe alla zona oggetto del trattamento previa affissione di apposita cartellonistica secondo il modello “AVVISO DI TRATTAMENTO ADULTICIDA IN AREA PRIVATA”, apposto almeno 48 ore prima dell'intervento o installato in modo permanente in caso di impianti fissi automatici di distribuzione

dichiara:

- che il numero degli avvisi affissi sarà: _____;
- che l'erogazione con attrezzature mobili 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 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;
- di avere recepito e di applicare scrupolosamente quanto raccomandato dalle linee guida in materia di corretto utilizzo dei trattamenti adulticidi contro le zanzare con particolare riguardo a:
 - Attrezzature per i trattamenti adulticidi;
 - Formulati adulticidi/insetto repellenti;
 - Sicurezza personale, pubblica e ambientale;
 - Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) per l'esposizione ad agenti chimici pericolosi (Presidi Medici Chirurgici/Biocidi Formulati Adulticidi).

Allegati obbligatori da presentare unitamente ai fini della ricevibilità e validità della comunicazione:

- etichetta del prodotto utilizzato Biocida Presidio Medico Chirurgico.

Il titolare della ditta



Modulo disponibile on-line all'indirizzo <https://www.iss.sm/on-line/home/dipartimento-prevenzione.html>