

(fac simile)

Azienda USL di Reggio Emilia  
Dipartimento di Sanità Pubblica  
Servizio Igiene e Sanità Pubblica  
c.a Referente DSP/SIP Arbovirusi  
Via Amandola 2  
Reggio Emilia

Pec: **sanitapubblica@pec.ausl.re.it**

**OGGETTO: Richiesta Parere**, ai sensi del “Piano regionale sorveglianza delle Arbovirusi 2021 ”,  
per l’**esecuzione di trattamenti adulticidi** straordinari preventivi **contro le zanzare** in occasione  
della manifestazione .....che si svolgerà in via.....  
Comune di ..... nel periodo dal..... al.....

Nell’ambito del sistema di sorveglianza e controllo della malattia da virus West Nile indicato  
nel Piano Regionale di sorveglianza delle arbovirusi 2021”, vista la situazione di rischio sanitario di  
livello 2 (probabilità di epidemia bassa/moderata) che prevede, tra l’altro, interventi straordinari  
preventivi con adulticidi qualora sia in programma una manifestazione che comporti il ritrovamento di  
molte persone (più di 200 partecipanti) nelle ore serali in aree all’aperto non interessate dalla  
disinfestazione ordinaria preventiva (larvicida...).

**Il sottoscritto, (nome e cognome)**

.....

(Responsabile ufficio Ambiente Comune di, Presidente del comitato organizzativo della  
manifestazione denominata, Presidente della Associazione...)

.....

.....

Indirizzo: via.....comune .....

el /cell .....e-Mail: .....

Pec (a cui inviare il parere).....

**in qualità di Responsabile della Manifestazione denominata:**

.....

.....

**si terrà in (area tra) via.....**

**Comune di .....**

**nel periodo (gg) .....**

**Chiede Parere Preventivo**

**e a tal fine comunica quanto segue:**

**luogo** in cui si effettuerà il trattamento (indirizzo esatto ed estensione del trattamento/foto satellitare, altro.....) non è stato interessato dalla disinfestazione ordinaria preventiva (larvicida)

.....

**Numero presunto delle persone** che parteciperanno nelle ore serali alla manifestazione ..... :

**La data/e del trattamento, periodo ed orario di inizio** e (in caso non si riesca ad indicare la data e orario esatto si rimanda a comunicazione successiva)

.....

**nome commerciale del biocida utilizzato** (sostanza attiva e relativa Scheda di Sicurezza che si allega)

.....

.....

**Ditta o nominativi del personale** che provvederà alla distribuzione del prodotto biocida

.....

**modalità di trattamento** adottate (modalità di distribuzione e attrezzature utilizzate, indicare anche se nell'area sono presenti attrezzature destinate ai bambini, destinate alla distribuzione di cibi o bevande, eventuale presenza di particolari gruppi di popolazione vulnerabile,..... )

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Modalità di informazione preventiva alla popolazione** interessata alle aree di trattamento (cartellonistica, Avviso, altro.. )

.....

.....

**Modalità di rafforzare gli interventi comunicativi** verso la popolazione/partecipanti alle manifestazioni sulla opportunità proteggersi dalle punture di zanzare con l'adozione di alcune misure preventive di carattere generale indicate nei luoghi all'aperto (indicare messa a disposizione di dépliant informativi o cartellonistica)

.....  
.....

Data.....

FIRMA \_\_\_\_\_

La presente RICHIESTA DI PARERE PREVENTIVO DI DISINFESTAZIONE ADULTICIDA CONTRO LA ZANZARA E ALTRI INSETTI DI INTERESSE PUBBLICO, dovrà essere inviata almeno 5 (cinque) giorni escluso i festivi\* prima dell'esecuzione del trattamento agli Enti in indirizzo i quali si riservano di effettuare specifici sopralluoghi finalizzati:  
- alla verifica di quanto nella presente dichiarato e alla corretta esecuzione degli interventi nel rispetto delle "Linee Guida Regionali per il corretto utilizzo dei trattamenti adulticidi contro le zanzare 2021", pubblicate sul sito internet [www.zanzaratigreonline.it](http://www.zanzaratigreonline.it).

*\* i 5 (cinque) giorni scattano dalla ricezione della comunicazione e non comprendono i giorni festivi*

**Documento firmato digitalmente e archiviato nel rispetto della normativa vigente.  
Il presente documento e' una copia elettronica del documento originale  
depositato presso gli archivi dell'A.U.S.L. di Reggio Emilia.**

**DE-08-85-47-00-94-05-56-9B-B1-1C-E7-C0-98-1D-97-1D-11-B3-53**

**CAdES 1 di 1 del 27/07/2021 14:41:56**

Soggetto: ANGELA GANZI

S.N. Certificato: 0E1E 5A79 481C D33D

Validità certificato dal 09/01/2018 15:30:41 al 08/01/2024 15:30:41

Rilasciato da Actalis EU Qualified Certificates CA G1, Actalis S.p.A., IT

---