

# PIANO DI DISINFESTAZIONE LARVICIDA (ORDINARIO) PREVENTIVO (OBBLIGATORIO da DGRV 12 DEL 12/1/20)

**FORNITORE DEL SERVIZIO (nome ditta) IN FASE DI GARA**

**RESPONSABILE TECNICO REPERIBILE DELLA DITTA**

**CELLULARE**

**COMUNE DI SOLESINO**

**COGNOME E NOME ASSESSORE ALL'AMBIENTE** **Avv. Elena Perini**

CONFERIMENTO INCARICO PER ATTIVITA' DI DISINFESTAZIONE DA ZANZARE SCADE IL 31/12/2022

REFERENTE/I PER IL COMUNE		CELLULARE REPERIBILITA'	INDIRIZZO MAIL	NOME PRODOTTO e PRINCIPI
<b>P.I. POLATO GIANCARLO</b>		<b>0429 771608</b>	<a href="mailto:tecnico.polato@comunesolesino.it">tecnico.polato@comunesolesino.it</a>	<b>CADITOIE/TOMBINI VECTOMAX FG (Bacillus thuringiensis israelensis) Bacillus sphaericus DEVICE SC 15 (DIFLUBENZURON) DUDIM SC 15 (DIFLUBENZURON)</b>
<b>ASSESSORE AMBIENTE Avv. PERINI Elena</b>				<b>FOSSATI/BACINI: FG (Bacillus thuringiensis subspecies israelensis) Bacillus sphaericus</b>

**X** VERDE=USO LARVICIDA

**O** GIALLO=INTERVENTO SU FOSSATI/BACINI

**CADITOIE NR** 3050

**FOSSATI DA TRATTARE DA TRATTARE KM.** 2 KM

**BACINI NR** \_\_\_\_\_

**APRILE 2022**

LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

**MAGGIO 2022**

LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

**GIUGNO 2022**

LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

**LUGLIO 2022**

LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

**AGOSTO 2022**

LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

**SETTEMBRE 2022**

LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

**OTTOBRE 2022**

LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

21)

PIO ATTIVO

**II**  
**gensis subsp.**  
**ericus)**  
**ZURON)**  
**ZURON)**

**VECTOMAX**  
**p. Israelensis**  
**)**



ni,  
ità

lei

ed  
æ

si  
di

.

**II VERBALE DEVE ESSERE COMPILATO DALLA DITTA FORNITRICE DEL SERVIZIO**

**RAPPORTO DI INTERVENTO PER IL COMUNE DI SOLESINO**

(OBBLIGATORIO da DGRV 12 DEL 12/1/2021)

**inviare ENTRO 48 ORE da COMPLETAMENTO intervento A MAIL (COMUNE) e a MAIL disinfezione@aulss6.veneto.it**

	NR	DATA GG/MM PREVISTA (DATA INIZIO)	DATA GG/MM EFFETTIVO (DATA INIZIO)	TIPO INTERVENTO	LUOGO	PRINCIPIO ATTIVO	PRODOTTO	NR CAD/TOMB TRATTATI	
INTERVENTO	1								
INTERVENTO	2								
INTERVENTO	3								
INTERVENTO	4								
INTERVENTO	5								
INTERVENTO	6								
INTERVENTO									
INTERVENTO									
<b>TOTALE</b>									

**OPERATORE /DITTA FIRMA**

**ALLEGARE file GEOLOCALIZZAZIONE/MAPPA/ELENCO VIE (formato aperto: XML, KML, OGC, GML)**

**NOTE:**

--

**KM FOSSATI  
TRATTATI**

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

**IL VERBALE DEVE ESSERE OBBLIGATORIAMENTE INVIATO anche DOPO I TRATTAMENTI POST REPORT DI VIGILANZA POSITIVO  
intervento ADULTICIDA**

e

in caso di