

(fac simile)

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

Pec: sanitapubblica@pec.ausl.re.it

*E pc Comune (sede del trattamento).....
Pec (sede del di trattamento).....*

OGGETTO: Richiesta Parere, ai sensi del "Piano regionale sorveglianza delle Arbovirosi 2026", 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 _____ dalle ore _____ alle ore _____

Nell'ambito del sistema di sorveglianza e controllo della malattia da virus West Nile indicato nel Piano Regionale di sorveglianza delle arbovirosi 2026", 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 ritrovo di molte persone (superiore ai 200 partecipanti) nelle ore serali in aree all'aperto non interessate dalla disinfestazione ordinaria preventiva (larvicida).

Il sottoscritto, (nome e cognome) _____
Indirizzo: via _____ n _____ Comune _____
tel /cell _____ .e-Mail: _____
Pec (a cui inviare il parere) _____.

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

Manifestazione denominata: _____
che si terrà: _____
in via (o area tra) _____
Comune di _____
nel periodo (gg) _____ dalle ore _____ alle ore _____

Chiede Parere Preventivo

e a tal fine comunica quanto segue:

- **Il Numero presunto delle persone** che parteciperanno nelle ore serali alla manifestazione è: _____

- **Il luogo** in cui si effettuerà il trattamento non è stato interessato dalla disinfestazione ordinaria preventiva (larvicida) e si trova (indirizzo esatto ed estensione del trattamento/foto satellitare, altro..)
- **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)
- **Il nome commerciale del prodotto biocida utilizzato** (nome del prodotto e relativa Scheda di Sicurezza che si allega)
- **La Ditta o nominativi del personale** che provvederà alla distribuzione del prodotto biocida
Tel _____ Email _____
- **Le 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 _____

Responsabile della Manifestazione
(firma)

La presente RICHIESTA DI PARERE PREVENTIVO DI DISINFESTAZIONE ADULTICIDA CONTRO LA ZANZARA, 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 2026", pubblicate sul sito internet www.zanzaratigreonline.it.

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