

MODULO PO5

Al Responsabile
del Settore 4 Urbanistica-SUAP
UFFICIO AMBIENTE
SEDE

MODULO RICHIESTA SERVIZI AMBIENTALI PER MANIFESTAZIONI ED EVENTI

Il sottoscritto (nome e cognome) _____
che ha indicato i propri dati personali nella scheda "Anagrafica"

in nome e per conto dell'ente/istituzione/fondazione/associazione indicata nella scheda "Anagrafica", in relazione alla manifestazione indicata;

RICHIEDE

per l'organizzazione dell'iniziativa denominata _____
la fornitura di:

contenitori per prima fornitura:

<input type="checkbox"/> bidoni per carta n. _____	<input type="checkbox"/> bidoni per vetro n. _____
<input type="checkbox"/> bidoni per plastica n. _____	<input type="checkbox"/> bidoni per indifferenziata n. _____

il referente per la consegna del materiale richiesto è il Sig./Sig.ra _____
telefono n. _____

richiesta parere esecuzione trattamento adulticida contro le zanzare (compilare modulo specifico)

COMUNICA

che al fine del mantenimento dell'igiene e del decoro urbano nei luoghi interessati dalla manifestazione in oggetto, provvederà a:

- utilizzare i contenitori per i rifiuti forniti negli anni precedenti
- effettuare tutte le pulizie necessarie durante e a conclusione della manifestazione, conferendo i rifiuti prodotti in ragione dell'affluenza alla stessa nei punti predisposti e concordando i ritiri con il Gestore dei rifiuti e l'Ufficio Ambiente
- affidare ai seguenti soggetti il servizio di pulizia:

• ditta _____

c.f./p.i. _____

con sede in _____

SI IMPEGNA

- a comunicare tempestivamente all'Ufficio Ambiente (egov.castellarano@cert.poliscomuneamico.net) la necessità di pulizie straordinarie nei luoghi interessati dalla manifestazione, prima e/o al termine della stessa.
- a seguire le eventuali prescrizioni rilasciate dall'Ufficio Ambiente e/o dal referente di IREN Spa.
- a seguire le eventuali prescrizioni rilasciate dall'Ufficio Ambiente e/o dal referente di ASL Reggio Emilia.

Data _____

Firma _____

Modulo Trattamento Adulticida contro le Zanzare

Azienda USL di Reggio Emilia
Dipartimento di Sanità Pubblica
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
c.a Referente DSP/SIP Arbovirosi
Via Amandola 2 – Reggio Emilia
sanitapubblica@pec.ausl.re.it

E pc Comune di Castellarano – Ufficio Ambiente
egov.castellarano@cert.poliscomuneamico.net

OGGETTO: Richiesta Parere, ai sensi del “Piano regionale sorveglianza delle Arbovirosi 2024”, per l'esecuzione di trattamenti adulticidi straordinari preventivi **contro le zanzare** in occasione della manifestazione _____

Nell'ambito del sistema di sorveglianza e controllo della malattia da virus West Nile indicato nel Piano Regionale di sorveglianza delle arbovirosi 2024”, 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 (più di 200 partecipanti) nelle ore serali in aree all'aperto non interessate dalla disinfezione ordinaria preventiva (larvicida).

Il sottoscritto (nome e cognome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____

in via _____ n. _____ CAP _____

telefono _____ cellulare n. _____

PEC (a cui inviare il parere) _____

in qualità di **responsabile della manifestazione** (indicare la carica ricoperta: Presidente del comitato organizzativo della manifestazione, Presidente dell'Associazione, Responsabile dell'Ufficio Ambiente del Comune) _____

denominata: _____

che si svolgerà in Via/area _____

nel periodo dal _____ al _____ dalle ore _____ alle ore _____

Chiede Parere Preventivo

e a tal fine comunica quanto segue:

- **il numero presunto delle persone** che parteciperanno alla manifestazione nelle ore serali è: _____
- **il luogo** in cui si effettuerà il trattamento non è stato interessato dalla disinfezione ordinaria prevista (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

telefono/cell. _____ e-mail _____

- **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 e 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 alla manifestazione sulla opportunità di 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 depliant informativi o cartellonistica) _____

data _____

Responsabile della Manifestazione _____

La presente RICHIESTA DI PARERE PREVENTIVO DI DISINFESTAZIONE ADULTICIDA CONTRO LA ZANZARA, dovrà essere inviata almeno 5 (giorni) esclusi 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", pubblicate sul sito internet www.zanzaratigreonline.it.

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