

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**

OGGETTO: Richiesta Parere, ai sensi del "Piano regionale sorveglianza delle arbovirosi 2021", per l'**esecuzione di trattamenti adultici** straordinari preventivi **contro le zanzare** in occasione della manifestazioneche 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 arbovirosi 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 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 /celle-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* prima dell'esecuzione del trattamento agli Enti in indirizzo i quali si riservano di effettuare specifici sopralluoghi finalizzati:

- alla valutazione preliminare circa la necessità del trattamento (presenza di focolai di sviluppo larvale, applicazione di metodi larvicida);

- 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 2020", pubblicate sul sito internet www.zanzaratigreonline.it.

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