

**ALLEGATO B – Modulistica per sopralluoghi ispettivi in ambito di controllo sulle attività di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione**

Per quanto esposto nel documento istruttorio si presenta la Modulistica per sopralluoghi ispettivi in ambito di controllo sulle attività di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione così come di seguito elencato:

**SCHEDA n. 1 - sopralluogo per verifica ditte attività di derattizzazione**

**SCHEDA n. 2 - sopralluogo per verifica ditte attività di disinfestazione**

**SCHEDA n. 3 - sopralluogo per verifica ditte attività di disinfezione**

**SCHEDA n. 4 - sopralluogo verifica Ordinanza Zanzare**

**SCHEDA n. 5 - sopralluogo per verifica ditta in appalto per disinfestazione strutture interne**

**SCHEDA n. 6 - sopralluogo per verifica ditta**

**SCHEDA n. 7 - sopralluogo per verifica Ordinanza Zanzara Tigre – Condominio**

**SCHEDA n. 8 – verbale di contestazione – Utilizzo esche avvelenate (ai sensi della LR 11/2015 – Capo VI)**

**SCHEDA n. 9 – verbale di contestazione – Ordinanza comunale Prevenzione Zanzare**

**SCHEDA n. 10 – comunicazione trattamenti larvicidi**

SCHEDA n. 1 - **sopralluogo per verifica ditte attività di derattizzazione** - ai sensi della LR 11/2015 - CAPO VI

<b>Azienda Sanitaria Locale Umbria n. 1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Azienda Sanitaria Locale Umbria n. 2</b>	<input type="checkbox"/>
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Servizio Disinfestazione – Controllo Organismi Infestanti		DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Servizio Disinfestazione – Controllo Organismi Infestanti	
<input type="checkbox"/> Sede di Città di Castello, Piazza Giovanni XXIII, tel. 075 8509389; fax 075 8509392  <input type="checkbox"/> Sede di Perugia, via XIV Settembre tel. 075 5412446; fax 075 5412460		<input type="checkbox"/> Sede di Spoleto, via Aldo Manna tel. 0743 210708/210723/210731; fax 0743 210706  <input type="checkbox"/> Sede di Terni, via Bramante n. 37 tel. 0744 204082; fax 0744 20490  <input type="checkbox"/> Sede di Orvieto, via Postierla n. 38 tel. 0763 307449; fax 0763 340246	

VERBALE di SOPRALLUOGO N. \_\_\_\_\_ DEL | | | | | | | | | |

In data | | | | | | | | | | alle ore | | | | | | il/i sottoscritto/i APG/UPG

del servizio sopra specificato si è / si sono recato/i

in località \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

per verificare la modalità di esecuzione delle operazioni di DERATTIZZAZIONE da parte della Ditta

con sede legale in via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

titolare / responsabile legale/ signor/a

nato/a a \_\_\_\_\_ il | | | | | | | | | | domiciliato in \_\_\_\_\_

è presente alla ispezione il / la signor /signora

nato/a a \_\_\_\_\_ il | | | | | | | | | | domiciliato/a in \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

Il/i sottoscritto/i, dopo essersi qualificato/i ha/hanno effettuato sopralluogo ispettivo per verificare la corretta esecuzione sul campo delle operazioni di derattizzazione ed il rispetto della LR 11/2015 - Capo VI “Divieto di detenzione ed utilizzazione di esche avvelenate”.

Derattizzazione presso:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> industria alimentare | <input type="checkbox"/> caditoie – tombinatura – griglie | <input type="checkbox"/> area pubblica _____                |
| <input type="checkbox"/> condominio           | <input type="checkbox"/> edificio privato                 | <input type="checkbox"/> attività artigianale – industriale |
| <input type="checkbox"/> attività commerciale | <input type="checkbox"/> edificio pubblico                | <input type="checkbox"/> altro _____                        |

➤ vengono utilizzati idonei contenitori di sicurezza SI  NO

➤ gli erogatori sono bene ancorati SI  NO

➤ sugli erogatori è apposta una etichetta indicante la presenza del veleno SI  NO

➤ sono presenti cartelli di avviso SI  NO

- i cartelli di avviso sono ben compilati SI  NO

---

- gli operatori hanno con se la scheda tecnica e la scheda di sicurezza dei prodotti utilizzati SI  NO

---

- il prodotto derattizzante viene - distribuito in maniera corretta SI  NO

---

- il trattamento è stato comunicato al comune ed al Dipartimento di Prevenzione della ASL SI  NO

---

- gli operatori indossano / hanno con se i DPI necessari/ SI  NO

sostanze o principi attivi utilizzati

---

aree interessate al trattamento

---

descrizione del trattamento

---

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prescrizioni

---

Evidenze / giudizio complessivo

---

\_\_\_\_\_

Provvedimento sanzionatorio

Altro provvedimento

NOTE

---

\_\_\_\_\_

Dichiarazioni dell'interessato

---

Il presente verbale, controfirmato dagli intervenuti, viene redatto in duplice copia, di cui una viene rilasciata all'interessato presente all'ispezione.

Fatto, letto, confermato e sottoscritto

L'interessato presente all'ispezione

I Verbalizzanti

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SCHEDA n. 2 - sopralluogo per verifica ditte attività di disinfestazione

<b>Azienda Sanitaria Locale Umbria n. 1</b> <input type="checkbox"/>	<b>Azienda Sanitaria Locale Umbria n. 2</b> <input type="checkbox"/>
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Servizio Disinfestazione – Controllo Organismi Infestanti	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Servizio Disinfestazione – Controllo Organismi Infestanti
<input type="checkbox"/> Sede di Città di Castello, Piazza Giovanni XXIII, tel. 075 8509389; fax 075 8509392  <input type="checkbox"/> Sede di Perugia, via XIV Settembre tel. 075 5412446; fax 075 5412460	<input type="checkbox"/> Sede di Spoleto, via Aldo Manna tel. 0743 210708/210723/210731; fax 0743 210706  <input type="checkbox"/> Sede di Terni, via Bramante n. 37 tel. 0744 204082; fax 0744 20490  <input type="checkbox"/> Sede di Orvieto, via Postierla n. 38 tel. 0763 307449; fax 0763 340246

VERBALE di SOPRALLUOGO N. \_\_\_\_\_ DEL | | | | | | | | | |

In data | | | | | | | | | | alle ore | | | | | il/i sottoscritto/i APG/UPG

del servizio sopra specificato si è / si sono recato/i

in località \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

per verificare la modalità di esecuzione delle operazioni di DISINFESTAZIONE

nei confronti di \_\_\_\_\_ da parte della Ditta \_\_\_\_\_

con sede legale in via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

titolare / responsabile legale/ signor/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il | | | | | | | | | | domiciliato in \_\_\_\_\_

è presente alla ispezione il / la signor /signora \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il | | | | | | | | | | domiciliato/a in \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

Il/i sottoscritto/i, dopo essersi qualificato/i ha/hanno effettuato sopralluogo ispettivo per verificare la corretta esecuzione sul campo delle operazioni di disinfestazione di:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> pneumatici   | <input type="checkbox"/> area pubblica           |
| <input type="checkbox"/> rottamazione auto                                      | <input type="checkbox"/> corte condominio        |
| <input type="checkbox"/> vivaio piante  | <input type="checkbox"/> corte edificio privato  |
| <input type="checkbox"/> corte attività artigianale – commerciale - industriale | <input type="checkbox"/> corte edificio pubblico |
| <input type="checkbox"/> fosso – acquitrino, prossimo centro abitato            | <input type="checkbox"/> altro _____             |
| <input type="checkbox"/> caditoie – tombini - griglie                           |  |

➤ intervento con prodotti antilarvali SI  NO

➤ intervento con prodotti adulticidi SI  NO

➤ sono presenti cartelli di avviso SI  NO

➤ gli operatori hanno con se la scheda tecnica e la scheda di sicurezza dei prodotti utilizzati  
SI  NO

➤ il prodotto disinfestante viene preparato in maniera corretta SI  NO

---

➤ il prodotto disinfestante viene irrorato / distribuito in maniera corretta SI  NO

---

➤ il trattamento è stato autorizzato dal comune e comunicato al Dipartimento di Prevenzione della ASL  
SI  NO

---

➤ gli operatori indossano / hanno con se i DPI necessari/ SI  NO

---

sostanze o principi attivi utilizzati

---

aree interessate al trattamento

---

descrizione del trattamento

---

Prescrizioni

---

Evidenze / giudizio complessivo

---

Provvedimento sanzionatorio

Altro provvedimento

NOTE

---

Dichiarazioni dell'interessato

---

Il presente verbale, controfirmato dagli intervenuti, viene redatto in duplice copia, di cui una viene rilasciata all'interessato presente all'ispezione.

Fatto, letto, confermato e sottoscritto

L'interessato presente all'ispezione

I Verbalizzanti

---

---

---

**SCHEDA n. 3 - sopralluogo per verifica ditte attività di disinfezione**

<b>Azienda Sanitaria Locale Umbria n. 1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Azienda Sanitaria Locale Umbria n. 2</b>	<input type="checkbox"/>
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Servizio Disinfestazione – Controllo Organismi Infestanti		DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Servizio Disinfestazione – Controllo Organismi Infestanti	
<input type="checkbox"/> Sede di Città di Castello, Piazza Giovanni XXIII, tel. 075 8509389; fax 075 8509392  <input type="checkbox"/> Sede di Perugia, via XIV Settembre tel. 075 5412446; fax 075 5412460		<input type="checkbox"/> Sede di Spoleto, via Aldo Manna tel. 0743 210708/210723/210731; fax 0743 210706  <input type="checkbox"/> Sede di Terni, via Bramante n. 37 tel. 0744 204082; fax 0744 20490  <input type="checkbox"/> Sede di Orvieto, via Postierla n. 38 tel. 0763 307449; fax 0763 340246	

VERBALE di SOPRALLUOGO N. \_\_\_\_\_ DEL | | | | | | | | | |

In data | | | | | | | | | | alle ore | | | | | il/i sottoscritto/i APG/UPG

del servizio sopra specificato si è / si sono recato/i

in località \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

per verificare la modalità di esecuzione delle operazioni di DISINFEZIONE

nei confronti di \_\_\_\_\_ da parte della Ditta \_\_\_\_\_

con sede legale in via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

titolare / responsabile legale/ signor/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il | | | | | | | | | | domiciliato in \_\_\_\_\_

è presente alla ispezione il / la signor /signora \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il | | | | | | | | | | domiciliato/a in \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

Il/i sottoscritto/i, dopo essersi qualificato/i ha/hanno effettuato sopralluogo ispettivo per verificare la corretta esecuzione delle operazioni di disinfezione ed il rispetto della normativa specifica sull'utilizzo dei Biocidi / Presidi Medico Chirurgici.

**DISINFEZIONE DI:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> area pubblica          | <input type="checkbox"/> corte condominio        |
| <input type="checkbox"/> corte edificio privato | <input type="checkbox"/> corte edificio pubblico |
| <input type="checkbox"/> altro _____            |  |

➤ sono presenti cartelli di avviso SI  NO

➤ gli operatori hanno con se la scheda tecnica e la scheda di sicurezza dei prodotti utilizzati SI  NO

➤ il prodotto disinfettante viene preparato in maniera corretta SI  NO

➤ il prodotto disinfettante viene irrorato / distribuito in maniera corretta SI  NO

➤ gli operatori indossano / hanno con se i DPI necessari/

SI

NO

sostanze o principi attivi utilizzati

aree interessate al trattamento

descrizione del trattamento

Prescrizioni

Evidenze / giudizio complessivo

Provvedimento sanzionatorio

Altro provvedimento

NOTE

Dichiarazioni dell'interessato

Il presente verbale, controfirmato dagli intervenuti, viene redatto in duplice copia, di cui una viene rilasciata all'interessato presente all'ispezione.

Fatto, letto, confermato e sottoscritto

L'interessato presente all'ispezione

I Verbalizzanti

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SCHEDA n. 4 - sopralluogo verifica Ordinanza Zanzare

<b>Azienda Sanitaria Locale Umbria n. 1</b> <input type="checkbox"/>	<b>Azienda Sanitaria Locale Umbria n. 2</b> <input type="checkbox"/>
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Servizio Disinfestazione – Controllo Organismi Infestanti	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Servizio Disinfestazione – Controllo Organismi Infestanti
<input type="checkbox"/> Sede di Città di Castello, Piazza Giovanni XXIII, tel. 075 8509389; fax 075 8509392  <input type="checkbox"/> Sede di Perugia, via XIV Settembre tel. 075 5412446; fax 075 5412460	<input type="checkbox"/> Sede di Spoleto, via Aldo Manna tel. 0743 210708/210723/210731; fax 0743 210706  <input type="checkbox"/> Sede di Terni, via Bramante n. 37 tel. 0744 204082; fax 0744 20490  <input type="checkbox"/> Sede di Orvieto, via Postierla n. 38 tel. 0763 307449; fax 0763 340246

VERBALE di SOPRALLUOGO N. \_\_\_\_\_ DEL | | | | | | | | | |

In data | | | | | | | | | | alle ore | | | | | il/i sottoscritto/i APG/UPG

del servizio sopra specificato si è / si sono recato/i

in località \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

presso Attività / Ditta \_\_\_\_\_

titolare / responsabile legale/ proprietario signor/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il | | | | | | | | | | domiciliato in \_\_\_\_\_

è presente alla ispezione il / la signor /signora \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il | | | | | | | | | | domiciliato/a in \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

Il/i sottoscritto/i, dopo essersi qualificato/i ha/hanno effettuato sopralluogo ispettivo per verificare il rispetto della ORDINANZA SINDACALE n. \_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, Comune di \_\_\_\_\_ per la prevenzione ed il controllo della proliferazione delle zanzare, Aedes albopictus (ZANZARA TIGRE) e Culex pipiens.

1) Tipo di attività svolta:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gommista / deposito pneumatici                    | <input type="checkbox"/> auto demolizione e rottamazione auto |
| <input type="checkbox"/> vivaio floreale / serra / deposito piante e fiori | <input type="checkbox"/> attività artigianale                 |
| <input type="checkbox"/> attività commerciale / di servizi                 | <input type="checkbox"/> area cimiteriale                     |
| <input type="checkbox"/> orto  | <input type="checkbox"/> cantiere edile                       |
| <input type="checkbox"/> condominio  | <input type="checkbox"/> edificio privato                     |
| <input type="checkbox"/> edificio pubblico                                 | <input type="checkbox"/> azienda agraria                      |
| <input type="checkbox"/> altro _____                                       |   |

2) Tipo di conservazione materiali, contenitori, copertoni usati ecc., presenza di focolai non rimovibili:

- Conservazione ed accatastamento regolare dei materiali e/o dei copertoni in luogo coperto  
SI  NO

---

- conservazione ed accatastamento dei materiali e/o dei copertoni in aree esterne e loro idonea copertura  
SI  NO

---

- abbandono definitivo o temporaneo di contenitori di qualsiasi natura e dimensione  
SI  NO



- presenza di contenitori non abbandonati svuotati regolarmente entro 5 giorni  
 SI  NO
- 
- presenza di contenitori non abbandonati sistemati in modo da evitare accumuli idrici in caso di pioggia  
 SI  NO
- 
- presenza di contenitori non abbandonati chiusi mediante rete zanzariera o coperchio a tenuta  
 SI  NO
- 
- presenza di fontane ornamentali /laghetti  
 SI  NO
- 
- presenza di fontane ornamentali o laghetti con pesci larvivori  
 SI  NO
- 
- presenza di caditoie/tombini raccolta acque meteoriche  
 SI  NO
- 
- presenza di erbacce, sterpi rifiuti  
 SI  NO
- 
- ristagno di acque meteoriche  
 SI  NO
- 
- Ditta trattamento effettuata in proprio SI
- 
- riscontro attestato avvenuta bonifica da ditta specializzata SI  NO
- 
- riscontro documenti acquisto prodotti SI  NO
- 

Altri controlli documentali

---

Prescrizioni

---

Evidenze / giudizio complessivo

---

Provvedimento sanzionatorio

Altro provvedimento

NOTE

---

Dichiarazioni dell'interessato

---

Il presente verbale, controfirmato dagli intervenuti, viene redatto in duplice copia, di cui una viene rilasciata all'interessato presente all'ispezione.

Fatto, letto, confermato e sottoscritto

L'interessato presente all'ispezione

I Verbalizzanti

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SCHEDA n. 5 - sopralluogo per verifica ditta in appalto per disinfestazione strutture interne**

<b>Azienda Sanitaria Locale Umbria n. 1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Azienda Sanitaria Locale Umbria n. 2</b>	<input type="checkbox"/>
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Servizio Disinfestazione – Controllo Organismi Infestanti		DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Servizio Disinfestazione – Controllo Organismi Infestanti	
<input type="checkbox"/> Sede di Città di Castello, Piazza Giovanni XXIII, tel. 075 8509389; fax 075 8509392  <input type="checkbox"/> Sede di Perugia, via XIV Settembre tel. 075 5412446; fax 075 5412460		<input type="checkbox"/> Sede di Spoleto, via Aldo Manna tel. 0743 210708/210723/210731; fax 0743 210706  <input type="checkbox"/> Sede di Terni, via Bramante n. 37 tel. 0744 204082; fax 0744 20490  <input type="checkbox"/> Sede di Orvieto, via Postierla n. 38 tel. 0763 307449; fax 0763 340246	

VERBALE di SOPRALLUOGO N. \_\_\_\_\_ DEL | | | | | | | | | |

In data | | | | | | | | | | alle ore | | | | | il/i sottoscritto/i APG/UPG

del servizio sopra specificato si è / si sono recato/i

presso \_\_\_\_\_

è presente alla ispezione il / la signor /signora \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il | | | | | | | | | | domiciliato/a in \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

Il/i sottoscritto/i, dopo essersi qualificato/i ha/hanno effettuato sopralluogo ispettivo per verificare: la corretta esecuzione delle operazioni di \_\_\_\_\_, il rispetto delle clausole contrattuali; il rispetto della specifica normativa in merito all'utilizzo di Presidi Medico Chirurgici / Biocidi da parte degli OPERATORI TECNICI DISINFETTORI IN CONVENZIONE addetti agli interventi di disinfestazione, derattizzazione, disinfezione.

Intervento di \_\_\_\_\_

➤ sono presenti cartelli di avviso SI  NO

➤ gli operatori hanno con se la scheda tecnica e la scheda di sicurezza dei prodotti utilizzati SI  NO

➤ il prodotto viene preparato in maniera corretta SI  NO

➤ il prodotto disinfestante viene irrorato / distribuito in maniera corretta SI  NO

➤ il trattamento è stato autorizzato dal comune e comunicato al Dipartimento di Prevenzione della ASL SI  NO

➤ gli operatori indossano / hanno con se i DPI necessari/ SI  NO

➤ a seguito del trattamento si segnalano inconvenienti all'ambiente SI  NO

---

3) a seguito del trattamento si segnalano reazioni avverse da parte degli utenti, dei pazienti o del personale dipendente

SI  NO

---

➤ l'attività verificata è congruente con la registrazione effettuata dagli operatori in convenzione

SI  NO

---

sostanze o principi attivi utilizzati

---

aree interessate al trattamento

---

descrizione del trattamento

---

---

---

Prescrizioni

---

Evidenze / giudizio complessivo

---

---

Provvedimento sanzionatorio

Altro provvedimento

NOTE

---

---

Dichiarazioni dell'interessato

---

Il presente verbale, controfirmato dagli intervenuti, viene redatto in duplice copia, di cui una viene rilasciata all'interessato presente all'ispezione.

Fatto, letto, confermato e sottoscritto

L'interessato presente all'ispezione

I Verbalizzanti

---

---

---

SCHEDA n. 6 - sopralluogo per verifica ditta

Azienda Sanitaria Locale Umbria n. 1	<input type="checkbox"/>	Azienda Sanitaria Locale Umbria n. 2	<input type="checkbox"/>
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Servizio Disinfestazione – Controllo Organismi Infestanti		DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Servizio Disinfestazione – Controllo Organismi Infestanti	
<input type="checkbox"/> Sede di Città di Castello, Piazza Giovanni XXIII, tel. 075 8509389; fax 075 8509392  <input type="checkbox"/> Sede di Perugia, via XIV Settembre tel. 075 5412446; fax 075 5412460		<input type="checkbox"/> Sede di Spoleto, via Aldo Manna tel. 0743 210708/210723/210731; fax 0743 210706  <input type="checkbox"/> Sede di Terni, via Bramante n. 37 tel. 0744 204082; fax 0744 20490  <input type="checkbox"/> Sede di Orvieto, via Postierla n. 38 tel. 0763 307449; fax 0763 340246	

VERBALE di SOPRALLUOGO N. \_\_\_\_\_ DEL | | | | | | | | | |

In data | | | | | | | | | | alle ore | | | | | | il/i sottoscritto/i APG/UPG

del servizio sopra specificato si è / si sono recato/i

in località \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_

per verificare la modalità di esecuzione delle operazioni di \_\_\_\_\_

da parte della Ditta \_\_\_\_\_ con sede legale in via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_

titolare / responsabile legale/ signor/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il | | | | | | | | | | domiciliato in \_\_\_\_\_

è presente alla ispezione il / la signor /signora \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il | | | | | | | | | | domiciliato/a in \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

Il/i sottoscritto/i, dopo essersi qualificato/i ha/hanno effettuato sopralluogo ispettivo per verificare la corretta esecuzione delle operazioni di \_\_\_\_\_ ed il rispetto della normativa specifica sull'utilizzo dei BIOCIDI / PRESIDIO MEDICO CHIRURGICI.

Trattamento di:

- area pubblica       corte edificio pubblico       corte edificio pubblico  
 corte condominio       corte edificio privato

➤ sono presenti cartelli di avviso      SI       NO

➤ gli operatori hanno con se la scheda tecnica e la scheda di sicurezza dei prodotti utilizzati      SI       NO

➤ il prodotto viene preparato in maniera corretta      SI       NO

➤ il prodotto disinfestante viene irrorato / distribuito in maniera corretta      SI       NO

➤ gli operatori indossano / hanno con se i DPI necessari/      SI       NO

sostanze o principi attivi utilizzati

---

aree interessate al trattamento

---

descrizione del trattamento

---

---

Assolvimento comunicazioni obbligatorie / Altro

---

Evidenze / giudizio complessivo

---

Prescrizioni

---

Provvedimento sanzionatorio

Altro provvedimento

NOTE

---

---

Dichiarazioni dell'interessato

---

Il presente verbale, controfirmato dagli intervenuti, viene redatto in duplice copia, di cui una viene rilasciata all'interessato presente all'ispezione.

Fatto, letto, confermato e sottoscritto

L'interessato presente all'ispezione

I Verbalizzanti

---

---

---



SCHEMA n. 8 – verbale di contestazione – Utilizzo esche avvelenate (ai sensi della LR 11/2015 – Capo VI)

<b>Azienda Sanitaria Locale Umbria n. 1</b> <input type="checkbox"/>	<b>Azienda Sanitaria Locale Umbria n. 2</b> <input type="checkbox"/>
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Servizio Disinfestazione – Controllo Organismi Infestanti	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Servizio Disinfestazione – Controllo Organismi Infestanti
<input type="checkbox"/> Sede di Città di Castello, Piazza Giovanni XXIII, tel. 075 8509389; fax 075 8509392  <input type="checkbox"/> Sede di Perugia, via XIV Settembre tel. 075 5412446; fax 075 5412460	<input type="checkbox"/> Sede di Spoleto, via Aldo Manca tel. 0743 210708/210723/210731; fax 0743 210706  <input type="checkbox"/> Sede di Terni, via Bramante n. 37 tel. 0744 204082; fax 0744 20490  <input type="checkbox"/> Sede di Orvieto, via Postierla n. 38 tel. 0763 307449; fax 0763 340246

VERBALE per violazione alla L.R. 09/04/2015 n. 11 , capo VI  
“divieto di detenzione ed utilizzazione di esche avvelenate”

Verbale di accertamento e contestazione di illecito amministrativo N. \_\_\_\_\_

In data | | | | | | | | | | alle ore | | | | | i sottoscritti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ APG / UPG appartenenti al

Servizio Controllo Organismi Infestanti della AUSL n. \_\_\_\_\_, danno atto di aver accertato che il:

TRASGRESSORE	Persona obbligata in SOLIDO (Art. 6, legge 689/91)
Cognome	Cognome
Nome	Nome
Nato a _____ il	Nato a _____ il
Residente in via _____	Residente in via _____
Comune _____ Provincia	Comune _____ Provincia

ha violato le norme di cui all'articolo \_\_\_\_\_, comma \_\_\_\_\_, capo VI “ divieto di detenzione ed utilizzazione di esche avvelenate” della L.R. 09/04/2015 n. 11

La violazione è stata accertata alle ore | | | | | circa, in località \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

a seguito del quale è risultato \_\_\_\_\_

I fatti sono stati contestati al Signor/a \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ domiciliato/a in \_\_\_\_\_

Documento Riconoscimento \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ della Ditta, il quale ha dichiarato

**Sanzioni amministrative pecuniarie: euro 206,00**

Ordinanza n° ..... del..... Comune di.....	Minimo previsto €	Massimo previsto €	IMPORTO DA PAGARE IN MISURA RIDOTTA Doppio del minimo € Terzo del massimo €	
		103,00	619,00	206,00
Spese di notifica	7,20			
			TOTALE	

Il responsabile della violazione viene informato che a norma dell'art. 16 della Legge 24/11/1981 n.689, modificato dall'art. 52 del Decreto Legislativo 24/06/1998 n.213 è **ammesso al pagamento con effetto liberatorio della somma totale pari a 1/3 del massimo, entro il termine di gg. 60 (sessanta) dalla data di notifica del presente atto**

- € 206
- per spese di notifica € 7,20
- totale €

Tale somma dovrà essere versata:

- per la USL Umbria n.1

tramite bonifico bancario, indicando la relativa causale (n. Verbale , etc.) intestato a:

**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRIA n.1**

**IBAN IT 97 X 02008 03039 000102418453 - presso Unicredit S.p.A. -**

**Via F. Baracca n. 5 – Perugia. Codice bic swift UNCRITM1J07**

**INDICARE necessariamente LA CAUSALE**

Dovrà essere **comunicato a questo servizio l'avvenuto pagamento**, mediante invio di copia della ricevuta di versamento **via fax al numero 0755412460**

Trascorso il termine suddetto di giorni 60 dalla notifica, senza che abbia avuto luogo la comunicazione suddetta, gli atti relativi al presente verbale saranno inviati all'Autorità Competente per i provvedimenti di cui all'art. 17 della citata legge 689/81.

Il trasgressore viene altresì informato che, nel caso in cui ritenga avvalersi della facoltà concessagli dall'art. 16 della legge sopra citata, **potrà produrre, entro gg.30 (trenta) dalla data di notifica** del presente verbale, **una memoria difensiva e/o una richiesta di audizione** ai sensi dell'art. 18 della Legge 689/81; **le richieste di cui sopra devono essere indirizzate a:**

“Commissione Aziendale per le Sanzioni Amministrative”

c/o il Dipartimento di Prevenzione – USLUmbria 1,

via XIV Settembre n. 79/ex Pad. Zurli – Parco Santa Margherita,

06121 Perugia.

- per la USL Umbria 2 sul **CCP. n. 15514060 / IBAN IT 61W0631514405100000300039** intestato a: **Azienda USL UMBRIA n. 2, Servizio Tesoreria.**

Dell'avvenuto pagamento deve essere data comunicazione a questo Servizio mediante invio di copia della ricevuta di versamento **via fax al numero 0743/210706** e/o all'ufficio depenalizzazione della AUSL Umbria 2 (**fax 0742/339519**) allegando copia della quietanza.

Il trasgressore viene altresì informato che, nel caso in cui ritenga avvalersi della facoltà concessagli dall'art. 16 della legge sopra citata, **potrà produrre, entro gg. 30 (trenta) dalla data**





SCHEDA n. 9 – verbale di contestazione – Ordinanza comunale Prevenzione Zanzare

<b>Azienda Sanitaria Locale Umbria n. 1</b> <input type="checkbox"/>	<b>Azienda Sanitaria Locale Umbria n. 2</b> <input type="checkbox"/>
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Servizio Disinfestazione – Controllo Organismi Infestanti	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Servizio Disinfestazione – Controllo Organismi Infestanti
<input type="checkbox"/> Sede di Città di Castello, Piazza Giovanni XXIII, tel. 075 8509389; fax 075 8509392  <input type="checkbox"/> Sede di Perugia, via XIV Settembre tel. 075 5412446; fax 075 5412460	<input type="checkbox"/> Sede di Spoleto, via Aldo Manca tel. 0743 210708/210723/210731; fax 0743 210706  <input type="checkbox"/> Sede di Terni, via Bramante n. 37 tel. 0744 204082; fax 0744 20490  <input type="checkbox"/> Sede di Orvieto, via Postierla n. 38 tel. 0763 307449; fax 0763 340246

VERBALE n. \_\_\_\_\_ del | | | | | | | | | |

In data | | | | | | | | alle ore | | | | | i sottoscritti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ APG / UPG appartenenti al

Servizio Controllo Organismi Infestanti della AUSL n. ...., danno atto di aver accertato che il:

TRASGRESSORE	Persona obbligata in SOLIDO (Art. 6, legge 689/91)
Cognome	Cognome
Nome	Nome
Nato a _____ il	Nato a _____ il
Residente in via _____	Residente in via _____
Comune _____ Provincia	Comune _____ Provincia

ha violato la Ordinanza Sindacale “ Misure preventive contro le zanzare “ n. \_\_\_\_\_ del

Comune di \_\_\_\_\_

Relativa al punto n. \_\_\_\_\_ in quanto \_\_\_\_\_

La violazione è stata accertata alle ore | | | | | circa, in località \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

I fatti sono stati contestati al Signor/a \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ domiciliato/a in \_\_\_\_\_

Documento Riconoscimento \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ della Ditta, il quale ha dichiarato

**Sanzioni amministrative pecuniarie: da € 25.00 a € 500.00**

Ordinanza n° .....	Minimo previsto €	Massimo previsto €	IMPORTO DA PAGARE IN MISURA RIDOTTA	
			Doppio del minimo €	Terzo del massimo €
del.....	25.00	500.00	50.00	
Comune di.....				
Spese di notifica				
			TOTALE	

Il responsabile della violazione viene informato che, a norma dell'art. 16 della Legge 24/11/1981 n. 689, così come modificato dall'art. 52 del Decreto Legislativo 24/06/1998 n. 213, **è ammesso al pagamento con effetto liberatorio della somma totale pari al doppio del minimo, entro il termine di gg. 60 (sessanta) dalla data di notifica del presente atto**

- € 50.00;
- per spese di notifica € 7,20
- totale € \_\_\_\_\_

Tale somma dovrà essere versata:

- per la USL Umbria n.1

tramite bonifico bancario, indicando la relativa causale (n. Verbale , etc.) intestato a:

**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRIA n.1**

**IBAN IT 97 X 02008 03039 000102418453 - presso Unicredit S.p.A. –**

**Via F. Baracca n. 5 – Perugia. Codice bic swift UNCRITM1J07**

**INDICARE necessariamente LA CAUSALE**

Dovrà essere **comunicato a questo servizio l'avvenuto pagamento**, mediante invio di copia della ricevuta di versamento **via fax al numero 0755412460**

Trascorso il termine suddetto di giorni 60 dalla notifica, senza che abbia avuto luogo la comunicazione suddetta, gli atti relativi al presente verbale saranno inviati all'Autorità Competente per i provvedimenti di cui all'art. 17 della citata legge 689/81.

Il trasgressore viene altresì informato che, nel caso in cui ritenga avvalersi della facoltà concessagli dall'art. 16 della legge sopra citata, **potrà produrre, entro gg.30 (trenta) dalla data di notifica** del presente verbale, **una memoria difensiva e/o una richiesta di audizione** ai sensi dell'art. 18 della Legge 689/81; **le richieste di cui sopra devono essere indirizzate a:**

“Commissione Aziendale per le Sanzioni Amministrative”

c/o il Dipartimento di Prevenzione – USLUmbria 1,

via XIV Settembre n. 79/ex Pad. Zurli – Parco Santa Margherita,

06121 Perugia.

- per la USL Umbria 2 sul **CCP. n. 15514060 / IBAN IT 61W063151440510000300039** intestato a: **Azienda USL UMBRIA n. 2, Servizio Tesoreria.**

Dell'avvenuto pagamento deve essere data comunicazione a questo Servizio mediante invio di copia della ricevuta di versamento **via fax al numero 0743/210706** e/o all'ufficio de penalizzazione della AUSL Umbria 2 (**fax 0742/339519**) allegando copia della quietanza.

Il trasgressore viene altresì informato che, nel caso in cui ritenga avvalersi della facoltà concessagli dall'art. 16 della legge sopra citata, **potrà produrre, entro gg. 30 (trenta) dalla data di notifica** del presente verbale, **una memoria difensiva e/o una richiesta di audizione** ai sensi dell'art.18 della Legge 689/81; **le richieste di cui sopra devono essere indirizzate al**

Direttore Generale

Azienda USL Umbria 2 - c/o la sede di Foligno

Piazza Giacomini, 40 – 06034 Foligno

---

**IL PRESENTE VERBALE VIENE NOTIFICATO**

**AL TRASGRESSORE/ ALLA PERSONA OBBLIGATA IN SOLIDO**

**A MANO;**

**TRAMITE RACCOMANDATA A/R**

\_\_\_\_\_ , li \_\_\_\_\_  
*Luogo* *data*

**fatto, letto e sottoscritto**

**IL TRASGRESSORE**

\_\_\_\_\_  
*(firma per ricevuta)*

**L'OBBLIGATO IN SOLIDO**

\_\_\_\_\_  
*(firma per ricevuta)*

**I VERBALIZZANTI**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SCHEDA n. 10 – COMUNICAZIONE TRATTAMENTI LARVICIDI

---

Alla U.O.S. Disinfestazione – Controllo Organismi infestanti - Dipartimento di Prevenzione - USL Umbria n. \_\_\_\_\_  
[zanzara@uslumbria1.it](mailto:zanzara@uslumbria1.it) / [zanzara@uslumbria2.it](mailto:zanzara@uslumbria2.it)

OGGETTO: COMUNICAZIONE TRATTAMENTI LARVICIDI - ORDINANZA N° \_\_\_\_\_ DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_

---

Con la presente si riporta di seguito l'elenco dei condomini amministrati e dei condomini sottoposti a trattamenti antilarvali.

Dati Amministratore Condomini/ Ditta Disinfestazione

Cognome	Nome	Società	
Telefono	Fax	Cell	email

---

Comune	Via/Piazza	Amministratore	Larvicida		Prodotto	Effettuato da	
			SI	NO		Ditta	Condomini

L'Amministratore / La Ditta

---

