

Alla Regione Toscana - Servizio Fitosanitario Regionale
Via Pietrapiana, 30 – 50121 Firenze
E-Mail fitosanitario-platano@regione.toscana.it
(c/c carlo.campani@regione.toscana.it)

Allegato 4

**Piano d’Azione Regionale del 07/08/2015
per contrastare in Toscana la diffusione di *Ceratocystis platani*
(cancro colorato del platano)
Art. 4 D.M. 29/02/2012**

COMUNICAZIONE INIZIO INTERVENTI su PLATANO

Il/la sottoscritto/a.....
in qualità di.....
(telefono/cell n°..... Fax n.....) mail:.....

COMUNICA che gli interventi di

potatura / abbattimento/ lavori di scavo in prossimità di piante di platano

su piante non affette da cancro colorato del platano ubicate in zona focolaio/contenimento

su piante affette da cancro colorato del platano

da effettuarsi in via / loc. / fraz. _____ comune di _____

come da

verbale di accertamento del Servizio Fitosanitario Regionale n. _____ del _____

silenzio / assenso

verranno effettuati il giorno _____ a partire dalle ore _____

da parte della ditta _____

con sede legale in via / loc. / fraz. _____ comune di _____

nel rispetto di quanto stabilito dalle prescrizioni tecniche del D.M. del 29/02/2012 e del Piano d’Azione Regionale (versione 4) del 07/08/2015.

Data

In fede