

Piano d'Azione Regionale
per contrastare in Toscana la diffusione di *Ceratocystis platani* (cancro colorato del platano)
(Versione 6 del 20/6/2016)
Art. 4 D.M. 29/2/2012

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 / scavo in prossimità di piante di platano

su piante non affette da cancro colorato del platano

su piante affette da cancro colorato del platano

ubicata in via / loc. / fraz. _____ Comune di _____

come da

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

silenzio / assenso - come da comunicazione preventiva d'intervento (Allegato 3 del Piano d'Azione Regionale –
Versione 6 – del 20/6/2016)

inviata in data _____ per

Mail	<input type="checkbox"/>
PEC	<input type="checkbox"/>

verranno effettuati il giorno _____ a partire dalle ore _____

da parte della ditta _____

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

Data

In fede