

**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