

Scheda A- INFORMAZIONI RELATIVE ALL'INTERVENTO DI DISINFESTAZIONE STRAORDINARIA

Da compilare a cura del Comune di _____

Da inviare a ATS di riferimento territoriale _____

Caratteristiche della comunicazione di attivazione dell'intervento

data _____

Mittente (riportare il nome operatore, ruolo)

- Specificare il Dipartimento e il Servizio ATS che ha richiesto l'intervento

Modalità di comunicazione via e-mail (riportate data, ora, mittente, specificare se pec, oggetto)

lettera raccomandata (riportate data, ora, mittente, oggetto e identificativo raccomandata)

altra modalità (specificare)

- **Caratteristiche dell'intervento di disinfestazione straordinaria**

- Luogo (riportare indirizzo) _____

- Ragione Sociale della ditta che ha realizzato l'intervento _____

- Data e ora inizio _____

- Data e ora fine _____

Intervento adulti-cida Aree trattate _____

Prodotto utilizzato e quantità _____

Modalità di applicazione (mezzi e/o attrezzature usate) _____

Aree trattate (n° tombini e caditoie) _____

Prodotto utilizzato e quantità _____

- Intervento larvicida
- **Modalità di pubblicazione dell'informazione fornita alla popolazione**

Indicare ove sono state pubblicate le informazioni _____

- **Importo, IVA inclusa, per cui si richiede il rimborso per tipologia di attività erogate**

Descrizione attività _____ € _____

Descrizione attività _____ € _____

Descrizione attività _____ € _____

Descrizione attività _____ € _____

Totale € _____

- Allegati

☐ **copia raccomandata/mail di ATS (obbligatorio)**

☐ **fattura (obbligatorio)**

☐ descrizione dell'intervento

☐ scheda tecnica del prodotto utilizzato

☐ informazioni per la popolazione

Data --/--/2025

Firma

Scheda B- INFORMAZIONI RELATIVE AGLI INTERVENTI DI DISINFESTAZIONE ORDINARIA

Da compilare a cura del Comune di _____

Da inviare a ATS di riferimento territoriale _____

- Caratteristiche dell'intervento di disinfezione ordinaria

Intervento larvicida N° di interventi _____

Date degli interventi _____

n° tombini e caditoie interessati dagli interventi _____

Prodotto utilizzato e quantità _____

Descrizione intervento e modalità di applicazione (mezzi e/o attrezzature usate) e di interventi di mappatura delle aree a rischio e dei tombini/caditoie (specificare se sono geolocalizzati) _____

1° Intervento dal _____ al _____

2° Intervento dal _____ al _____

3° Intervento dal _____ al _____

4° Intervento dal _____ al _____

5° Intervento dal _____ al _____

6° Intervento dal _____ al _____

stima del n° tombini e caditoie complessivi presenti nel Comune _____

- Ragione Sociale della ditta che ha realizzato l'intervento _____

Eventuali interventi adulticidi (ad esempio in occasione di sagre/feste, in seguito a segnalazione di cittadini etc) esclusi quelli attivati su richiesta di ATS (in caso di numerosi interventi è possibile allegare una scheda riassuntiva) 1° Intervento data _____ motivo dell'intervento _____
_____ area interessata _____

2° Intervento data _____ motivo dell'intervento _____
_____ area interessata _____

3° Intervento data _____ motivo dell'intervento _____
_____ area interessata _____

4° Intervento data _____ motivo dell'intervento _____
_____ area interessata _____

- Descrizione delle attività di sensibilizzazione ed informazione alla popolazione

Diffusione di Manifesti/brochure _____

Pubblicazioni sull'albo pretorio _____

Sito web _____

_____ Altro _____

- Allegati

☐ specificare _____

☐ specificare _____

☐ specificare _____

Data __/__/2025

Firma

Scheda C- VALUTAZIONE E VALIDAZIONE DEGLI INTERVENTI DI DISINFESTAZIONE

Da compilare a cura ATS DI _____

Da inviare a Regione Lombardia, DG Welfare, UO Prevenzione, Pec a welfare@pec.regione.lombardia.it

- Dichiarazione Intervento di disinfestazione straordinario.
- Caso segnalato con pratica SMI n° _____
- Caso non inserito nel sistema di segnalazione regionale perché l'intervento è stato realizzato su segnalazione di transitato in Lombardia: specificare i riferimenti _____

- **Valutazione dell'intervento di disinfestazione straordinaria**
- ADEGUATO Intervento eseguito adeguatamente in coerenza con quanto previsto dagli indirizzi nazionali e regionali e anche in relazione alle tempistiche
- Non ADEGUATO Intervento NON eseguito adeguatamente in coerenza con quanto previsto dagli indirizzi nazionali e regionali e anche in relazione alle tempistiche
- **Valutazione degli interventi di disinfestazione ordinaria**
- ADEGUATO Interventi eseguito adeguatamente in coerenza con quanto previsto dagli indirizzi nazionali e regionali anche in relazione alle tempistiche e alle ripetizioni durante la stagione estiva
- Non ADEGUATO Intervento NON eseguito adeguatamente od eseguiti solo in modo parziale

Nel caso entrambi gli interventi siano stati eseguiti in maniera adeguata la ATS, sulla base dei documenti presentati riconosce i costi di intervento straordinario pari ad €_____ IVA inclusa

Data __/__/2025

Firma

**Scheda D - PROSPETTO RIEPILOGATIVO DEGLI IMPORTI DA EROGARE PER GLI INTERVENTI DI
DISINFESTAZIONE STRAORDINARIA**

Da compilare a cura ATS di _____

Da inviare a DG Welfare, UO Prevenzione Pec welfare@pec.regione.lombardia.it Comune di _____	Intervento straordinario conforme (SI/NO)	Intervento ordinario conforme (SI/NO)	Costo dell'intervento straordinario IVA inclusa €-----	Importo da erogare IVA inclusa €-----
---	---	--	---	---