

# ALLEGATO A1

**Oggetto:** Lotta obbligatoria contro il *Cancro colorato del platano* (*Ceratocystis fimbriata*).  
D<sub>Lgs</sub> 214/2005 del 19 agosto 2005, DM 17 aprile 1998, Circ. Minist. applic. prot. 33686 del 19 giugno 1998, DGR Regione del Veneto n. 374 del 26/02/2008.

**Segnalazione di sintomi di deperimento su piante di platano/Richiesta di autorizzazione ad interventi su piante di platano.**

*All' U.P. per i Servizi Fitosanitari Regionali  
V.le dell'Agricoltura 1/A  
37060 Buttapietra (VR)  
fax 045/8676937*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  della  
proprietà/ dell'Ente gestore \_\_\_\_\_  
con sede in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP  
\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_

- segnala, per un sopralluogo di verifica, sintomi di deperimento  
 richiede l'autorizzazione all'abbattimento  
 richiede l'autorizzazione alla potatura della chioma  
 richiede l'autorizzazione ad interventi di recisione dell'apparato radicale

dei platani di seguito indicati (indicare la località ed il numero di platani da verificare; in caso di filari stradali va specificata la chilometrica):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**E' a conoscenza che la richiesta riguarda i soli aspetti fitosanitari e sono fatti salvi gli eventuali vincoli di altri Enti e i diritti di terzi.**

Data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_