



**RICHIESTA INTERVENTO DI PRELIEVO PER IL CONTENIMENTO DEL
COLOMBO DI CITTA' (*Columba livia forma Domestica*) D.G.R. n. 241/2023
DANNI ALLE COLTURE AGRARIE - IMBRATTAMENTO MAGAZZINI DI
STOCCAGGIO E RICOVERO GRANAGLIE – PROBLEMI SANITARI DOVUTI AD
ASSEMBRAMENTO – AMBITO RURALE**

spazio riservato per **timbro protocollo**

da trasmettere al **Servizio Polizia Provinciale**
VIALE MARTIRI DELLA LIBERTA', 15
43123 – PARMA
tel.: 0521.931552 fax: 0521.931859
@ mail: controlloavifauna@provincia.parma.it
pec: protocollo@postacert.provincia.parma.it

Il sottoscritto _____
(cognome) _____ (nome)
nato a _____ il _____
(giorno / mese / anno)
e residente in _____
(città italiana o stato estero) _____ (comune e frazione)
via/piazza _____ CAP Provincia
* telefono _____ * _____ @ _____
(telefono fisso o cellulare) e-mail (scrivere in modo leggibile o in stampatello)

A) in qualità di:

PROPRIETARIO **CONDUTTORE** di fondo agricolo denominato _____
(esatta denominazione fiscale)

ubicato in Comune di _____ Località _____

* Istituto faunistico ATC - ZRC - siti Rete Natura 200 (S.I.C - Z.P.S.) - Altro _____

CHIEDE

l'attuazione del piano di prelievo per la tutela delle seguenti produzioni agricole passibili di danno:

Località	Foglio e particella catastale	Coltura	Superficie Ha.

di cui si allega fotocopia della planimetria dei terreni interessati

DICHIARA

ESSERE **NON ESSERE DISPONIBILE** ad effettuare interventi di cui al vigente piano di controllo.

Qualora disponibile, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio)

DICHIARA

- 1) di essere titolare di licenza di caccia n. _____ rilasciata dalla Questura di _____ in data _____ ;
- 2) di essere in possesso dell'attestato del corso di formazione (coadiutore piccione);
- 3) di essere titolare di polizza assicurativa per responsabilità civile e infortunistica che espressamente prevede la copertura per tutto l'anno per i rischi derivanti dalle operazioni di controllo della fauna.

B) in qualità di:

TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE della Ditta: _____

ubicata in Comune di _____ Località _____

* Istituto faunistico ATC - ZRC - siti Rete Natura 200 (S.I.C - Z.P.S.) - Altro _____

CHIEDE

l'attuazione del piano di prelievo per evitare problemi di carattere sanitario, così come documentato dall'ASL competente per territorio dovuti ad assembramenti di piccioni,

* in quanto la messa in opera di sistemi di prevenzione (specificare quali): _____

tutt'ora adottati al fine di prevenire il problema, non hanno prodotto risultati apprezzabili.

l'attuazione del piano di prelievo per evitare l'asportazione di granaglie, la nidificazione e l'imbrattamento all'interno di magazzini di stoccaggio e ricovero delle stesse,

* in quanto i seguenti sistemi ecologici di prevenzione (specificare quali): _____

tutt'ora adottati al fine di prevenire il danno, non hanno prodotto risultati apprezzabili.

IL RICHIEDENTE INOLTRE DICHIARA

a) di aver individuato i seguenti operatori disposti a collaborare al piano di contenimento, autorizzati dalla Regione in possesso di abilitazione di "coadiutore" che opereranno nel rispetto delle normative vigenti e nel protocollo d'intervento indicato nell'autorizzazione utilizzando i seguenti mezzi:

Arma da fuoco (nei calibri non superiori al 12) Gabbie-Trappola Reti

Nome e Cognome	Luogo e data di nascita	Recapito telefonico

b) di avvalersi del Servizio di Polizia Provinciale che provvederà ad incaricare in sua vece operatore/i abilitati al prelievo;

Allegati:

- Copia Carta identità del richiedente;
- Copia Licenza di porto di fucile uso caccia del richiedente;
- Copia attestante l'abilitazione di coadiutore (piccione) del richiedente;
- Copia Licenze di porto di fucile uso caccia di tutti i coadiutori individuati;
- * Indirizzo @mail di un coadiutore in qualità di referente: _____ ;
- Planimetria dei terreni interessati (di cui al punto A);
- Certificazione sanitaria ASL competente per territorio.

Data _____

 timbro aziendale e firma

N.B. I campi contrassegnati con asterisco (*) sono obbligatori