**Dati del richiedente**

Nome\*:

Cognome\*:

No. Azienda\*:

Indirizzo/no.\*:

CAP\*:

Luogo\*:

Telefono\*:

E-mail:

**Motivo della richiesta**

Tipo di parassita*[[1]](#footnote-1)*\*:

Coltura\*:

Soglia d’intervento superata\* [ ]  sì [ ]  no [ ]  non disponibile

Descrizione del danno\*:

**Dettagli del prodotto fitosanitario utilizzato**

Nome del prodotto fitosanitario\*:

No. Omologazione\*:

Materia attiva\*:

È già stato utilizzato un ausiliario o un prodotto fitosanitario consentito nell’ambito della PER con efficacia insufficiente?\* [ ]  sì [ ]  no [ ]

**Dettagli della parcella/delle parcelle\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Numero fondo | Comune | Superficie (are) |
| . | . | . |
| . | . | . |
| . | . | . |

**Osservazioni**

.

Il formulario completo e firmato deve essere inviato a uno dei seguenti indirizzi:

Servizio Fitosanitario Cantonale, Autorizzazione speciale, Viale Stefano Franscini 17, 6500 Bellinzona

dfe-sa.autorizzazioni.speciali@ti.ch (indicare nell’oggetto “Richiesta autorizzazione speciale”)

[ ]  Con l’invio del formulario confermo la correttezza e la completezza delle informazioni\*.

[ ]  Sono consapevole che potrà effettuare il trattamento solo dopo aver ottenuto l’autorizzazione da parte del Servizio fitosanitario\*.

Firma[[2]](#footnote-2)\*:

**Autorizzazione speciale (da compilare da parte del Servizio fitosanitario**)

Ai sensi dell’art. 18 e dell’allegato 1 punto 6 e 8 dell’Ordinanza sui pagamenti diretti (OPD) del 23 ottobre 2013, sulla base delle informazioni di cui sopra:

[ ]  **L’autorizzazione** **speciale viene concessa per le parcelle sopra indicate:**

***Restrizioni:***

[x]  i dati del trattamento sono da indicare nel quaderno dei campi e dei prati e/o nelle schede colturali.

[x]  è necessario osservare le restrizioni indicate sull’etichetta.

[x]  è necessario ridurre il rischio di deriva e dilavamento di 1 punto come contemplato nelle istruzioni dell’Ufficio federale competente.

[ ]  è necessario lasciare una superficie non trattata testimone delimitata da paletti visibili.

[ ]  l’autorizzazione speciale è valida per un unico trattamento sulle parcelle qui sopra indicate.

[x]  l'autorizzazione speciale viene concessa per parcella/unità di produzione, coltura e parassita per l'intera durata della coltura nell'anno in questione

[ ]  l'autorizzazione speciale è valida per l'intera durata della coltura.

[ ]  **l'autorizzazione speciale non viene concessa per i seguenti motivi:**

Luogo: Bellinzona

Data: ……………………….

**PER IL SERVIZIO FITOSANITARIO**

 Il funzionario incaricato:

 ……………………………………………

1. Se disponibile, allegare foto del danno e/o organismo.

\* Campo obbligatorio. La richiesta d’autorizzazione non completa, è considerata non valida. [↑](#footnote-ref-1)
2. Se compilato in forma elettronica, indicare nome e cognome del richiedente.

\* Campo obbligatorio. La richiesta d’autorizzazione non completa, è considerata non valida. [↑](#footnote-ref-2)