



# ATTO FITOIATRICO

di *Platanus spp.*

in zone di contenimento da *Ceratocystis platani*

ID Atto fitoiatrico (progr./anno)		Data	
<b>COMMITTENTE</b>			
Cognome e Nome/Ragione sociale			
Indirizzo			
E-Mail			
Telefono/Cellulare			
<b>DOTTORE AGRONOMO – DOTTORE FORESTALE</b>			
Cognome e Nome			
Iscritto all'Ordine dei dottori agronomi e dei dottori forestali di			
Numero di iscrizione			
Indirizzo			
E-Mail			
PEC			
Telefono/Cellulare			
<b>DATI STAZIONALI</b>			
Comune			
Località			
Indirizzo			
Coordinate Geografiche (WGS84)			
Tipologia (albero isolato, filare, gruppo)			
Numero platani esaminati			
Platani infetti	Sì	quanti	NO quanti
<b>ESAME</b>			
<i>Anamnesi</i>			
<i>Diagnosi</i>			
<i>Prognosi</i>			
<i>Prescrizioni</i>			
<i>Note</i>			

Firma Committente \_\_\_\_\_

Firma e timbro professionista \_\_\_\_\_