



ATTO FITOIATRICO

di Platanus spp.
in zone di contenimento da *Ceratocystis platani*

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

Firma Committente _____ Firma e timbro professionista_ firmato digitalmente _____