

SI INFORMA CHE SU QUESTI TERRENI

IL GIORNO _____ DALLE ORE _____ ALLE ORE _____ CIRCA,

SARA' EFFETTUATO UN INTERVENTO DI TRATTAMENTO CON PRODOTTI FITOSANITARI NEL RISPETTO DELLE NORME STABILITE DAL MINISTERO DELLA SANITA' E DAL REGOLAMENMTO COMUNALE.

IN CASO DI CONDIZIONI ATMOSFERICHE AVVERSE IL TRATTAMENTO SARA' ESEGUITO IL PRIMO GIORNO UTILE SUCCESSIVO.

IL TRATTAMENTO SARA' ESEGUITO DA OPERATORI DELL'AZIENDA AGRICOLA _____

CON SEDE A _____
IN VIA _____

IN CASO DI NECESSITA' CHIAMARE IL N. _____