

УТВЕРЖДАЮ:


А.С. Мураталиев
должность
заместитель председателя
фамилия, имя и отчество (при наличии)
11.11.2024
дата

Акт

лесопатологического обследования № 5/217/2024

лесных насаждений Тляртинское (лесничество)
Республика Дагестан (субъект Российской Федерации)

Способ лесопатологического обследования: 1. Визуальный
2. Инструментальный

Место проведения:

Участковое лесничество	Урочище (дача)	Квартал	Выдел	Площадь выдела, га	Лесопатологический выдел	Площадь лесопатологического выдела, га
Анцухское	-	41	10	7,3	-	-

Лесопатологическое обследование проведено на общей площади 7,3 га.

Кадастровый номер участка: ---
(для участков, предоставленных в постоянное (бессрочное) пользование, аренду)

Документ о праве пользования: _____
(тип документа о праве пользования, дата, номер, вид разрешенного использования)

1. Визуальное (рекогносцировочное) лесопатологическое обследование.

Наземное Дистанционное

1.1. На площади 7,3 га фактическая таксационная характеристика лесного насаждения соответствует таксационному описанию.

1.2. Лесные насаждения с нарушенной и утраченной устойчивостью выявлены на площади 7,3 га.

Участковое лесничество	Урочище (дача)	Квартал	Выдел	Площадь, га		Причина ослабления (гибели)
				с нарушенной устойчивостью	с утраченной устойчивостью	
1	2	3	4	5	6	7
Анцухское	-	41	10	7,3	-	погодные условия (код 820); воздействия сильных ветров прошлых лет, повлекшие наклон более 10°, изгиб или вывал деревьев (код 821).

Состояние обследованных лесных насаждений приведено в приложениях 1.1 - 1.4 к Акту в зависимости от метода проведения ЛПО.

1.3. В обследованных лесных участках прогнозируется:

Прогноз	Площадь, га
1	2
Ослабление лесных насаждений	7,3
Усыхание лесных насаждений различной степени	-
Развитие очагов вредных организмов	

1.4. Обнаружено загрязнение лесного участка отходами и выбросами:

промышленными бытовыми

Вид загрязнения	Размеры загрязнения			Объем, кубм	Площадь загрязнения, га
	ширина, м	длина, м	высота, м		
1	2	3	4	5	6

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На площади 7,3 га насаждение сильно ослабленное. СКС насаждения 2,58.

Требуется проведение инструментального (детального) ЛПО.

Назначенные профилактические мероприятия по защите лесов: нет

агитационные мероприятия: нет

Уч. Л-во	Урочище	Квартал	Выдел	Площадь выдела	ЛП выдел	Площадь ЛП выдела	Вид мероприятия	Срок проведения
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Анцухское	-	41	10	7,3	-	-	Проведение инструментального (детального) ЛПО.	до 2026 года

Дата проведения обследований: 08.10.2024 года.

Исполнитель работ по проведению лесопатологического обследования:

Фамилия, имя и отчество (при наличии) Исмаилов Абдулбасир Исмаилович

Организация филиал ФБУ "Рослесозащита" - "ЦЗЛ Республики Дагестан"

Должность Заместитель директора Подпись _____

Телефон 8(8722)51-76-74

Результаты проведения лесопатологического обследования лесных насаждений

за октябрь 2024 г.

Субъект Российской Федерации: Республика Дагестан Лесничество (лесопарк): Тляратинское
 Участковое лесничество: Анцухское Урочище (лесная дача): -

1	2	3	4	5	6	7	8	Таксационная характеристика лесного насаждения									18	Распределение деревьев по категориям состояния, % от запаса														33	34	Назначенные мероприятия			
								9	10	11	12	13	14	15	16	17		без признаков ослабления		ослабленные		сильно ослабленные		усыхающие		27	28	29	30	31	32			35	36		
																		Н	Р	Н	Р	Н	Р	Н	Р												
41	10	7,3	Защитные	Противоэрозийные леса	нет	-	-	9С1Б	Всего	30	6	8	ВЛБС Б	0,6	4	60	-	16,0		39,5		24,5		10,5										820; 821.	9,5	инструментальное ЛПО	7,3
									С	-	-	-	-	-	-	-	-	15,0		40,0		25,0		10,0										10,0			
									Б	-	-	-	-	-	-	-	-	25,0		35,0		20,0		15,0										5,0			
										-	-	-	-	-	-	-	-																				
										-	-	-	-	-	-	-	-																				
										-	-	-	-	-	-	-	-																				
										-	-	-	-	-	-	-	-																				
										-	-	-	-	-	-	-	-																				
										-	-	-	-	-	-	-	-																				

Условные обозначения: Н - деревья не подлежат рубке; Р - деревья подлежат рубке; * - несоответствие показателя таксационному описанию.

Исполнитель работ по проведению лесопатологического обследования:

Фамилия, имя и отчество (при наличии) Исмаилов Абдулбасир Исмаилович Подпись _____

Дата составления документа 30.10.2024