



ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA _____

UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI PORTO TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA TOPI

ZONA INTERESSATA: Comune PORTO TORRES Località CENTRO STORICO

Indirizzo _____

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 20/09/2014

Non è stata rilevata presenza di insetti è stata rilevata la presenza di TOPI

Tipo di spazio o ambiente oggetto del sopralluogo: Aperto Chiuso

Descrizione dello spazio (1): TOMBINI

L'intervento è stato concordato per il giorno _____ Firma Pinke Norio

Note CONTROLLO DA RIENTRO ESCHÉ

Firma di conferma del referente ufficio richiedente [Signature]

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 20/09/2014

Tipo di intervento: Disinfestazione Derattizzazione

L'intervento è stato effettuato: all'esterno dei locali (2) all'interno dei locali Mq. _____

Attrezzature utilizzate: _____

Prodotti Utilizzati BRODIPOR BLOCK Q.tà (Lt./Kg. e n° esche) GR 750/n° 30

N.B. In caso di utilizzo di Topici di indicare ANCHE il n° delle esche posizionate

Firma Tecnico incaricato dell'intervento Pinke Norio

Firma di conferma del referente ufficio richiedente [Signature]

(1) Lo spazio può essere definito secondo le seguenti tipologie:

Spiagge	1	Strade	<input checked="" type="checkbox"/>	Piazze	11	Giardini	16
Mattatoi	2	Porti	<input type="checkbox"/>	Aeroporti	12	Stazioni	17
Cimiteri	3	Scuole	<input type="checkbox"/>	Uffici Pubblici	13	Mercati	18
Ospedali	4	Carceri	<input type="checkbox"/>	Caserme	14	Ambulatori	19
Ospizi Pubblici	5	Discariche	<input type="checkbox"/>	Depuratori	15	Strutture Sportive	20

(2) In caso di intervento effettuato all'esterno di locali, si sarà provveduto a comunicare - quale misura precauzionale - la necessità di chiusura degli stessi nella sola giornata del trattamento.



MULTISS S.p.A.

multiservizisassari

Codice 75D08M - Revisione #1 del 16/07/2007

ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA _____

UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI PORTO TORRES INFESTAZIONE SBNALATA TOPI

ZONA INTERESSATA: Comune PORTO TORRES Località CENTRO STORICO

Indirizzo _____

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 21/09/2017

Non è stata rilevata presenza di insetti è stata rilevata la presenza di TOPI

Tipo di spazio o ambiente oggetto del sopralluogo: Aperto Chiuso

Descrizione dello spazio (1): TOITBINI

L'intervento è stato concordato per il giorno _____ Firma _____

Note _____

Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 21/09/2017

Tipo di intervento: Disinfestazione Derattizzazione

L'intervento è stato effettuato: all'esterno dei locali (2) all'interno dei locali Mq. _____

Attrezzature utilizzate: _____

Prodotti Utilizzati BRODITOP BLOCK Q.tà (Lt./Kg. e n° esche) GR 375/N° 15

N.B. In caso di utilizzo di Topicidi indicare ANCHE il n° delle esche posizionate

Firma Tecnico incaricato dell'intervento Pinco Florio

Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

(1) Lo spazio può essere definito secondo le seguenti tipologie:

Spiagge	1	Strade	6	Piazze	11	Giardini	16
Mattatoi	2	Porti	7	Aeroporti	12	Stazioni	17
Cimiteri	3	Scuole	8	Uffici Pubblici	13	Mercati	18
Ospedali	4	Carceri	9	Caserme	14	Ambulatori	19
Ospizi Pubblici	5	Discariche	10	Depuratori	15	Strutture Sportive	20

(2) In caso di intervento effettuato all'esterno di locali, si sarà provveduto a comunicare - quale misura precauzionale - la necessità di chiusura degli stessi nella sola giornata del trattamento.