



MULTISS S.p.A.

multiservizisassari

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

ATTIVITA' ANTILATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 16/09/12

UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI PORTO TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA TOP

ZONA INTERESSATA: Comune PORTO TORRES Località _____

Indirizzo VIA DEI CORREZZOLI

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 17/09/12

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

Tipo di spazio o ambiente oggetto del sopralluogo: Aperto Chiuso

Descrizione dello spazio ⁽¹⁾: TOMBINO STRADALE

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

Note _____

Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 17/09/12

Tipo di intervento: Disinfestazione Derattizzazione

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

Attrezzature utilizzate: _____

Prodotti Utilizzati BRODIBLEUBOX (PABRODIFAX) Qtà (Lt/Kg. e n° esche) 50 GR. N° 202

N.B. In caso di utilizzo di Topiciidi indicare ANCHE il n° delle esche posizioni

Firma Tecnico incaricato dell'intervento ACh

Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

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

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

⁽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.