



ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 01/06/2017
 UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI PORTO TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA BLATTE
 ZONA INTERESSATA: Comune PORTO TORRES Località SAN GAVINO
 Indirizzo ATRIO METROPOLI N° 9

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 01/06/2017
 Non è stata rilevata presenza di insetti è stata rilevata la presenza di BLATTE
 Tipo di spazio o ambiente oggetto del sopralluogo: Aperto Chiuso
 Descrizione dello spazio (1): PIANCIPIEDE TORBINI
 L'intervento è stato concordato per il giorno _____ Firma Pintu Norio
 Note _____
 Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 01/06/2017
 Tipo di intervento: Disinfestazione Derattizzazione
 L'intervento è stato effettuato: all'esterno dei locali (2) all'interno dei locali Mq. _____
 Attrezzature utilizzate: ATOMIZZATORE FISSO
 Prodotti Utilizzati RODIAL 65 (CIPERMETRINA) Q.tà (Lt./Kg. e n° esche) ML 350
 N.B. In caso di utilizzo di Topici indicare ANCHE il n° delle esche posizionate
 Firma Tecnico incaricato dell'intervento Pintu Norio
 Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

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

Spiagge	1	Strade	6	Piazze	<input checked="" type="checkbox"/>	Giardini	10
Mattatoi	2	Porti	7	Aeroporti	<input type="checkbox"/>	Stazioni	11
Cimiteri	3	Scuole	8	Uffici Pubblici	<input type="checkbox"/>	Mercati	12
Ospedali	4	Carceri	9	Caserne	<input type="checkbox"/>	Ambulatori	13
Ospizi Pubblici	5	Discariche	10	Depuratori	<input type="checkbox"/>	Strutture Sportive	14

(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.