



ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 28/07/2017
 UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI PORTO TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA INSETTI
 ZONA INTERESSATA: Comune PORTO TORRES Località ANDAIOLU
 Indirizzo VIA FONTANA CHERCHI

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 07/07/2017
 Non è stata rilevata presenza di insetti è stata rilevata la presenza di INSETTI VARI
 Tipo di spazio o ambiente oggetto del sopralluogo: Aperto Chiuso
 Descrizione dello spazio ⁽¹⁾: SEDE AZIENDA MULTISERVIZI + AREA ESTERNA
 L'intervento è stato concordato per il giorno 07/07/2017 ore 8:30 Firma Pintu Norio
 Note _____
 Firma di conferma del referente ufficio richiedente: Automa Bertoni

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 07/07/2017
 Tipo di intervento: Disinfestazione Derattizzazione
 L'intervento è stato effettuato: all'esterno dei locali ⁽²⁾ all'interno dei locali Mq. _____
 Attrezzature utilizzate: POMPA A SPINA - ATODIZZATORE - BOMBOLETTE
 Prodotti Utilizzati ROVAD65 (CIPROTRINA) Q.tà (Lt/Kg. e n° esche) HL 2500
BLU DELTA (DELTA METRINA) HL 100
IAC SPRAY (BOMBOLETTE) HL 1500/n° 3
 N.B. In caso di utilizzo di Topisidi indicare ANCHE il n° delle esche posizic
 Firma Tecnico incaricato dell'intervento Pintu Norio
 Firma di conferma del referente ufficio richiedente: Automa Bertoni

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

Spiege	1	Strade	6	Piazze	11	Giardini
Mattatoi	2	Porti	7	Aeroporti	12	Stazioni
Cimiteri	3	Scuole	8	Uffici Pubblici	13	Mercati
Ospedali	4	Carceri	9	Caserme	14	Ambulatori
Ospizi Pubblici	5	Discariche	10	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.