



ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 09/06/2017

UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI PORTO TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA BLATTE-FORFICHE

ZONA INTERESSATA: Comune PORTO-TORRES Località TONTIE ANGELO

Indirizzo VIA PUCCINI N° 23

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 12/06/2017

Non è stata rilevata presenza di insetti è stata rilevata la presenza di BLATTE-FORFICHE

Tipo di spazio o ambiente oggetto del sopralluogo: Aperto Chiuso

Descrizione dello spazio ⁽¹⁾: MANEAPIEDE-TOMBINI

L'intervento è stato concordato per il giorno _____

Note _____

Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

Firma Pintu Noris

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 12/06/2017

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 ROOTAL/GS (CITREALFUNA) Q.tà (Lt/Kg. e n° esche) ML 200

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

Firma Tecnico incaricato dell'intervento Pintu Noris

Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

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

Spiagge	1	Strade	<input checked="" type="checkbox"/>	Piazze	11	Giardini
Mattatoi	2	Porti	<input checked="" type="checkbox"/>	Aeroporti	12	Stazioni
Cimiteri	3	Scuole	<input type="checkbox"/>	Uffici Pubblici	13	Mercati
Ospedali	4	Carceri	<input type="checkbox"/>	Caseme	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.