



ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 14/06/2014
 UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI POTTO-TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA BLATTE
 ZONA INTERESSATA: Comune POTTO-TORRES Località BENIENI
 Indirizzo VIA GRAZIA DELEDDA N° 11/B ANG VIA FACINA

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 15/06/2014
 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): MANICAZIONE TORBINI
 L'intervento è stato concordato per il giorno _____ Firma Pintu Florio
 Note _____
 Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 15/06/2014
 Tipo di intervento: Disinfestazione Derattizzazione
 L'intervento è stato effettuato: all'esterno dei locali (2) all'interno dei locali Mq. _____
 Attrezzature utilizzate: ATTORREZZAZIONE FISSO
 Prodotti Utilizzati RODIAL/GS (CIPERMETRINA) Q.tà (Lt/Kg. e n° esche) ML 250
 N.B. In caso di utilizzo di Topici indicare il nome e la posizione delle esche
 Firma Tecnico incaricato dell'intervento _____
 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 type="checkbox"/>	Aeroporti	12	Stazioni
Cimiteri	3	Scuole	<input type="checkbox"/>	Uffici Pubblici	13	Mercati
Ospedali	4	Carceri	<input type="checkbox"/>	Caserme	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.