



ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 14/06/2017
 UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI PORTO TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA BLATTE
 ZONA INTERESSATA: Comune PORTO TORRES Località MONTE ANGELU
 Indirizzo VIA MASCAGNI N°20

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 15/06/2017
 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): PARCIAPIEDI - TORTINI
 L'intervento è stato concordato per il giorno _____
 Note _____
 Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____
 Firma Pintu Norio

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 15/06/2017
 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 ROITAL/65 (CITERRETTINA) Q.tà (Lt/Kg. e n° esche) 112 150
 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	<input checked="" type="checkbox"/>	Piazze	11	Giardini	16
Mattatoi	2	Porti	<input checked="" type="checkbox"/>	Aeroporti	12	Stazioni	17
Cimiteri	3	Scuole	<input type="checkbox"/>	Uffici Pubblici	13	Mercati	18
Ospedali	4	Carceri	<input type="checkbox"/>	Caserme	14	Ambulatori	19
Ospizi Pubblici	5	Discariche	<input type="checkbox"/>	Depuratori	15	Strutture Sportive	20

(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.