



ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 16/08/12

UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI PORTO TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA BLATTE

ZONA INTERESSATA: Comune PORTO TORRES Località _____

Indirizzo VIA E. LOI

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 17/08/12

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⁾: TOMBINI STRADALI

L'intervento è stato concordato per il giorno _____ Firma [Signature]

Note _____

Firma di conferma del referente ufficio richiedente [Signature]

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 17/08/12

Tipo di intervento: Disinfestazione Derattizzazione

L'intervento è stato effettuato: all'esterno dei locali ⁽²⁾ all'interno dei locali Mq. _____

Attrezzature utilizzate: POMPA A SPALLA

Prodotti Utilizzati BLEU DELTA (P.A. DELTAMETRINA) Q.tà (Lt/Kg. e n° esche) 60ML

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

Firma Tecnico incaricato dell'intervento [Signature]

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		Aeroporti	12	Stazioni
Cimiteri	3	Scuole		Uffici Pubblici	13	Mercati
Ospedali	4	Carceni		Caseme	14	Ambulatori
Ospizi Pubblici	5	Discariche		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.