



ATTIVITA' ANTILATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA _____
 UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI PORTO TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA BLATTE
 ZONA INTERESSATA: Comune PORTO TORRES Località SERRA LI PORREI
 Indirizzo VIA DELLE CINESTRE N° 26

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 22/06/2017
 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⁾: MARCIAPIEDI - TORRINI
 L'intervento è stato concordato per il giorno _____ Firma Pietro Porro
 Note _____
 Firma di conferma del referente ufficio richiedente Antonio Cetero

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 22/06/2017
 Tipo di intervento: Disinfestazione Derattizzazione
 L'intervento è stato effettuato: all'esterno dei locali ⁽²⁾ all'interno dei locali Mq. _____
 Attrezzature utilizzate: ATTUZZAZIONE FISSO
 Prodotti Utilizzati NOVA/65 CIPROTERIMA Q.tà (Lt/Kg. e n° esche) ML 150
 N.B. In caso di utilizzo di Topisidi indicare ANCHE il n° delle esche posizioni
 Firma Tecnico incaricato dell'intervento Pietro Porro
 Firma di conferma del referente ufficio richiedente Antonio Cetero

⁽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"/>	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.