



MULTISS S.p.A.

multiservizisassari

Codice 7SD08M - Revisione #1 del 16/07/2007

ATTIVITÀ ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 26/05/2017

UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI PORTO TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA _____

ZONA INTERESSATA: Comune PORTO TORRES Località MONTE ANGELO

Indirizzo VIA CONTI N°8

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 30/05/2017

Non è stata rilevata presenza di insetti è stata rilevata la presenza di INSETTI BLATE

Tipo di spazio o ambiente oggetto del sopralluogo: Aperto Chiuso

Descrizione dello spazio (1): MARCIAPIEDE

L'intervento è stato concordato per il giorno _____ Firma Pinco Porro

Note _____

Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 30/05/2017

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 ROMA/65 (CIPERMETRINA) Q.tà (Lt/Kg. e n° esche) 100

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

Firma Tecnico incaricato dell'intervento Pinco Porro

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"/>	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.