



ATTIVITA' ANTILALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA _____

UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI P. TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA TOPI

ZONA INTERESSATA: Comune P. TORRES Località _____

Indirizzo VIA SASSARI N° 65 (UFFICI FLAC)

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA _____

Non è stata rilevata presenza di insetti è stata rilevata la presenza di _____

Tipo di spazio o ambiente oggetto del sopralluogo: Aperto Chiuso

Descrizione dello spazio ⁽¹⁾: _____

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

Note _____

Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 14-05-18

Tipo di intervento: Disinfestazione Derattizzazione

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

Attrezzature utilizzate: _____

Prodotti Utilizzati CONTROLO ESCE Q.tà (Lt/Kg. e n° esche) _____

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

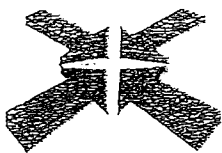
Firma Tecnico incaricato dell'intervento P. Sestini

Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

⁽¹⁾ Lo spazio può essere definito secondo le seguenti tipologie

Spiagge	1	Strade	6	Piazze	11	Giardini	1
Mattatoi	2	Porti	7	Aeroporti	12	Stazioni	1
Cimiteri	3	Scuole	8	Uffici Pubblici	<input checked="" type="checkbox"/>	Mercati	1
Ospedali	4	Carceri	9	Caserne	14	Ambulatori	1
Ospizi Pubblici	5	Discariche	10	Depuratori	15	Strutture Sportive	2

⁽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.



ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 10-05-18

UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI P. TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA TOPI

ZONA INTERESSATA: Comune P. TORRES Località _____

Indirizzo VIA SASSARI (SEDE FIAZ NORD SARDEGNA)

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 11-05-18

Non è stata rilevata presenza di insetti è stata rilevata la presenza di TOPI

Tipo di spazio o ambiente oggetto del sopralluogo: Aperto Chiuso

Descrizione dello spazio ⁽¹⁾: UFFICIO, AREA ESTERNA

L'intervento è stato concordato per il giorno 11-05-18 Firma P. G. G. G.

Note _____

Firma di conferma del referente ufficio richiedente [Signature]



3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 11-05-18

Tipo di intervento: Disinfestazione Derattizzazione

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

Attrezzature utilizzate: _____

Prodotti Utilizzati GARDENTOP - PASTA Q.tà (Lt/Kg. e n° esche) N° 20 BUSTINE

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

Firma Tecnico [Signature]

Firma di conferma del referente ufficio richiedente [Signature]



⁽¹⁾ Lo spazio può essere definito secondo le seguenti tipologie:

Spiagge	1	Strade	6	Piazze	11	Giardini	16
Mattatoi	2	Porti	7	Aeroporti	12	Stazioni	17
Cimiteri	3	Scuole	8	Uffici Pubblici	<input checked="" type="checkbox"/>	Mercati	18
Ospedali	4	Carceri	9	Caserme	14	Ambulatori	19
Ospizi Pubblici	5	Discariche	10	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.