



ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 05/10/2018
 UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI PORTO TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA BLATTE
 ZONA INTERESSATA: Comune PORTO TORRES Località _____
 Indirizzo VIA INDIPENDENZA N° 6/8

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 11/10/2018
 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⁾: TORRIONI - MANCIAPIEDI
 L'intervento è stato concordato per il giorno _____ Firma Pintu Florio
 Note _____
 Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 11/10/2018
 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 CARBAW (cipermetrina) Q.tà (Lt./Kg. e n° esche) 7L 150

 N.B. In caso di utilizzo di Topici indicare ANCHE il n° delle esche posizionate
 Firma Tecnico incaricato dell'intervento Pintu Florio
 Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____



⁽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	13	Mercati	18
Ospedali	4	Carceri	9	Caserne	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.