



ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 19/07/2018
 UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI PORTO TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA BLATTE
 ZONA INTERESSATA: Comune PORTO TORRES Località MONTE ANGIU
 Indirizzo VIA TASEAGNI N° 20

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 20/07/2018
 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⁾: MANEPIEDE TORBINI
 L'intervento è stato concordato per il giorno _____ Firma Pintu Florio
 Note _____
 Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 20/07/2018
 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 BLUE DITA DEITADUTANA Q.tà (Lt./Kg. e n° esche) TL 50

 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	<input checked="" type="checkbox"/>	Piazze	11	Giardini	16
Mattatoi	2	Porti	<input type="checkbox"/>	Aeroporti	12	Stazioni	17
Cimiteri	3	Scuole	<input type="checkbox"/>	Uffici Pubblici	13	Mercati	18
Ospedali	4	Carceri	<input type="checkbox"/>	Casermes	14	Ambulatori	19
Ospizi Pubblici	5	Discariche	<input type="checkbox"/>	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.



ATTIVITA' ANTILATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 19/07/2018

UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI PORTO-TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA BLATTE

ZONA INTERESSATA: Comune PORTO-TORRES Località SERRA LI ROZZI

Indirizzo VIA DEI CINEPI N° 3F

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 20/07/2018

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⁾: MANCIAPIEDE TORBINI

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

Note _____

Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 20/07/2018

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 BLUE DEITA (DETTA METRINA) Q.tà (Lt./Kg. e n° esche) 1TL 100

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

Firma Tecnico incaricato dell'intervento Pimtu Porio

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	16
Mattatoi	2	Porti	<input type="checkbox"/>	Aeroporti	12	Stazioni	17
Cimiteri	3	Scuole	<input type="checkbox"/>	Uffici Pubblici	13	Mercati	18
Ospedali	4	Carceri	<input type="checkbox"/>	Caserme	14	Ambulatori	19
Ospizi Pubblici	5	Discariche	<input type="checkbox"/>	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.



MULTISS S.p.A.

multiservizisassari

Codice 75D08M - Revisione #1 del 16/07/2007

ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 19/07/2018

UFFICIO RICHIEDENTE CORONE DI PORTO-TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA BLATTE

ZONA INTERESSATA: Comune PORTO-TORRES Località _____

Indirizzo PIAZZA MARTELLI N° 23

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 20/07/2018

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⁾: MANCIAPIEDE-TOMBINI

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

Note _____

Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 20/07/2018

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 BLUE DEZIA (DEZAMERINA) Q.tà (Lt/Kg. e n° esche) ML 100

N.B. In caso di utilizzo di Topicidi 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:

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