



ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 12-04-18
UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI P. TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA BZATTE
ZONA INTERESSATA: Comune P. TORRES Località _____
Indirizzo M. ANGEZZU (1° GIORNO)

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 24/05/18
Tipo di intervento: Disinfestazione Derattizzazione
L'intervento è stato effettuato: all'esterno dei locali (2) all'interno dei locali Mq. _____
Attrezzature utilizzate: AUT. FISSO
Prodotti Utilizzati GARBAN Q.tà (Lt/Kg. e n° esche) Lt. 0,5
N.B. In caso di utilizzo di Topici di indicare ANCHE il n° delle esche posizionate
Firma ricevuto in data dell'intervento _____
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	10
Mattatoi	2	Porti	7	Aeroporti	12	Stazioni	11
Cimiteri	3	Scuole	8	Uffici Pubblici	13	Mercati	18
Ospedali	4	Carceri	9	Caserme	14	Ambulatori	15
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.



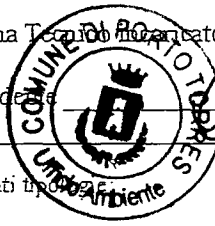
ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA _____
 UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI P. TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA BLATTE
 ZONA INTERESSATA: Comune P. TORRES Località _____
 Indirizzo M. ANGELLU (2° GIORNO)

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 28-05-18
 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 GARBAN Q.tà (Lt/Kg. e n° esche) LT. 0,5

 N.B. In caso di utilizzo di Topitidi indicare ANCHE il n° delle esche posizioni
 Firma Tecnico incaricato dell'intervento P. Colonna
 Firma di conferma del referente ufficio richiedente [Signature]



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

Spiagge	1	Strade	<input checked="" type="checkbox"/>	Piazze	<input checked="" type="checkbox"/>	Giardini
Mattatoi	2	Porti	<input checked="" type="checkbox"/>	Aeroporti	<input checked="" type="checkbox"/>	Stazioni
Cimiteri	3	Scuole	<input type="checkbox"/>	Uffici Pubblici	<input type="checkbox"/>	Mercati
Ospedali	4	Carceri	<input type="checkbox"/>	Caserme	<input type="checkbox"/>	Ambulatori
Ospizi Pubblici	5	Discariche	<input type="checkbox"/>	Depuratori	<input type="checkbox"/>	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.