



ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 18/10/2018
 UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI PORTO TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA TOPI
 ZONA INTERESSATA: Comune PORTO TORRES Località VILLAGGIO SATELLITE
 Indirizzo PIAZZA CAGLIADI 1970

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 24/10/2018
 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⁾: STOGLIATOI + AREA ESTERNA
 L'intervento è stato concordato per il giorno _____ Firma Pintu Porro
 Note _____
 Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 24/10/2018
 Tipo di intervento: Disinfestazione Derattizzazione
 L'intervento è stato effettuato: all'esterno dei locali ⁽²⁾ all'interno dei locali Mq. _____
 Attrezzature utilizzate: _____
 Prodotti Utilizzati MEGALON BOSLINE Q.tà (Lt./Kg. e n° esche) OR 480/N° 24

 N.B. In caso di utilizzo di Topicidi indicare ANCHE il n° delle esche posizionate
 Firma Tecnico incaricato dell'intervento Pintu Porro
 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	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.