



ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 25/09/2018
 UFFICIO RICHIEDENTE BIBLIOTECA COMUNALE INFESTAZIONE SEGNALATA TOPI
 ZONA INTERESSATA: Comune PORTO TORRES Località _____
VIA SASSARI N° 8.

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 25/09/2018
 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): RIPOSTIGLIO-CORRIDOIO
 L'intervento è stato concordato per il giorno 25/09/2018 Firma [Signature]
 Note _____
 Firma di conferma del referente ufficio richiedente [Signature]

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 25/09/2018
 Tipo di intervento: Disinfestazione Derattizzazione
 L'intervento è stato effettuato: all'esterno dei locali (2) all'interno dei locali Mq. _____
 Attrezzature utilizzate: _____
 Prodotti Utilizzati CAT.H. MASTER. COLLE. Q.tà (Lt/Kg. e n° esche) N° 2

 N.B. In caso di utilizzo di Topici indicare ANCHE il n° delle esche posiz.
 Firma Tecnico incaricato dell'intervento [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
Mattatoi	2	Porti	7	Aeroporti	12	Stazioni
Cimiteri	3	Scuole	8	Uffici Pubblici	<input checked="" type="checkbox"/>	Mercati
Ospedali	4	Carceri	9	Caseme	14	Ambulatori
Ospizi Pubblici	5	Discariche	10	Depuratori	15	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.