



ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 02/11/2021

UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI PORTO TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA TOPI

ZONA INTERESSATA: Comune PORTO TORRES Località _____

Indirizzo VIA SASSARI N° 65

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 03/11/2021

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⁾: RIFUGIO OPERAI - MAGAZZINI + CORTILE INTERNO

L'intervento è stato concordato per il giorno _____ Firma [Signature]

Note _____

Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 03/11/2021

Tipo di intervento: Disinfestazione Derattizzazione

L'intervento è stato effettuato: all'esterno dei locali ⁽²⁾ all'interno dei locali Mq. _____

Attrezzature utilizzate: _____

Prodotti Utilizzati MEGAZON - PASTA (BROMOILICAZIONE) Q.tà (Lt./Kg. e n° esche) 20 BUSTINE 400 gr

T.E.A.H. RODITORI - (CARTELLI) N° 3

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

Firma Tecnica incaricato dell'intervento [Signature]

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	Caseme	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.