



ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 07/01/2021
 UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI PORTO TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA TOPI
 ZONA INTERESSATA: Comune Porto Torres Località CENTRO STORICO
 Indirizzo CORSO VITTORIO EMANUELE

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 08/01/2021
 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): CORRIDE INTERNO - SCANTINATO (PALAZZO DEL OGARESE)
 L'intervento è stato concordato per il giorno _____ Firma Pietro Ronio
 Note _____
 Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 08/01/2021
 Tipo di intervento: Disinfestazione Derattizzazione
 L'intervento è stato effettuato: all'esterno dei locali (2) all'interno dei locali Mq. _____
 Attrezzature utilizzate: _____
 Prodotti Utilizzati MEGALON BUSTINE Q.tà (Lt./Kg. e n° esche) GR 380/N° 19

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