



ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO

DATA 09/08/2022

UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI PORTO TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA TOPI

ZONA INTERESSATA: Comune PORTO TORRES Località MONTE ANGENU  
Indirizzo VIA VERDI N° 1

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO

DATA 10/08/2022

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): AREA DEGRADATA + TOPIDINI

L'intervento è stato concordato per il giorno \_\_\_\_\_ Firma Pinter Florio

Note \_\_\_\_\_

Firma di conferma del referente ufficio richiedente \_\_\_\_\_

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO

DATA 10/08/2022

Tipo di intervento:  Disinfestazione  Derattizzazione

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

Attrezzature utilizzate: \_\_\_\_\_

Prodotti Utilizzati REGALON BOSLINE Q.tà (Lt./Kg. e n° esche) GR 900/N° 45

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

Firma Tecnico incaricato dell'intervento Pinter Florio

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	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.