



ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 26/08/2021
 UFFICIO RICHIEDENTE ISI. COMPRESIVO N° 1 INFESTAZIONE SEGNALATA _____
 ZONA INTERESSATA: Comune PORTO-TORRES Località _____
 Indirizzo VIA PRINCIPALE DI RIETONTE

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 06/09/2021
 Non è stata rilevata presenza di insetti è stata rilevata la presenza di INSETTI VARI
 Tipo di spazio o ambiente oggetto del sopralluogo: Aperto Chiuso
 Descrizione dello spazio (1): CASEGGIATO SCOLASTICO + AREA ESTERNA "BORGONA"
 L'intervento è stato concordato per il giorno 10/09/2021 ore 6:30 Firma Pintu Florio
 Note _____
 Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 10-9-2021
 Tipo di intervento: Disinfestazione Derattizzazione
 L'intervento è stato effettuato: all'esterno dei locali (2) all'interno dei locali Mq. _____
 Attrezzature utilizzate: POMPA A ITALIO
 Prodotti Utilizzati BLEND DELTA Q.tà (Lt./Kg. e n° esche) 250ML

 N.B. In caso di utilizzo di Topici indicare ANCHE il n° delle esche posizionate
 Firma Tecnico incaricato dell'intervento Roberto
 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	Caserme	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.