



ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 13/08/2021
UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE PORTO TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA TOPI
ZONA INTERESSATA: Comune PORTO TORRES Località _____
Indirizzo VIA PUCCINI PRESSO CIVICO N° 45

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA _____
 Non è stata rilevata presenza di insetti è stata rilevata la presenza di _____
Tipo di spazio o ambiente oggetto del sopralluogo: Aperto Chiuso
Descrizione dello spazio ⁽¹⁾: _____
L'intervento è stato concordato per il giorno _____ Firma _____
Note _____
Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 18.08.2021
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 PDSIA Q.tà (Lt./Kg. e n° esche) 1000

N.B. In caso di utilizzo di Topici di indicare ANCHE il n° delle esche posizionate
Firma Tecnico incaricato dell'intervento _____
Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

⁽¹⁾ Lo spazio può essere definito secondo le seguenti tipologie:

Spiagge	1	Strade	<input checked="" type="checkbox"/>	Piazze	11	Giardini	16
Mattatoi	2	Porti	<input type="checkbox"/>	Aeroporti	12	Stazioni	17
Cimiteri	3	Scuole	<input type="checkbox"/>	Uffici Pubblici	13	Mercati	18
Ospedali	4	Carceri	<input type="checkbox"/>	Caserne	14	Ambulatori	19
Ospizi Pubblici	5	Discariche	<input type="checkbox"/>	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.