



ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 13.08.2021

UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI PORTO TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA RATTI

ZONA INTERESSATA: Comune PORTO TORRES Località _____

Indirizzo VIA FONTE ANGELU E VICOLO GIULETO

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 18.8.2021

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 PDSIO Q.tà (Lt./Kg. e n° esche) 5 pz /

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"/>	Caseme	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.