



ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 15/07/2022
 UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI PORTO TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA TOPI
 ZONA INTERESSATA: Comune PORTO TORRES Località _____
 Indirizzo VIA LISIO

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 22/07/2022
 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⁾: STRADA (TAVE)
 L'intervento è stato concordato per il giorno _____ Firma [Signature]
 Note _____
 Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 21/07/2022
 Tipo di intervento: Disinfestazione Derattizzazione
 L'intervento è stato effettuato: all'esterno dei locali ⁽²⁾ all'interno dei locali Mq. _____
 Attrezzature utilizzate: _____
 Prodotti Utilizzati MEGAZON PASTA (BROMADIOLOX) Q.tà (Lt./Kg. e n° esche) 8 BUSTI. 160 GR.

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

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

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