



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 MARE

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 21/07/2022

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 MEGALON PASTA (BROIA DI ORO) Q.tà (Lt./Kg. e n° esche) 15 Bust. 300 gr

Firma Tecnico incaricato dell'intervento [Signature]

Firma di conferma del referente ufficio richiedente [Signature]

1) In caso di utilizzo di Topici indicare ANCHE il n° delle esche posizionate



(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 checked="" 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.