



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 PETRONIA

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 - (TANG)
 L'intervento è stato concordato per il giorno _____ Firma [Firma]
 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 (BROKADIOLU) (Lt./Kg. e n° esche) 20 Bustine 200gc.

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

(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"/>	Caserme	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.