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 VICOLO BRIN

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 sovralluogo : ☒ Aperto ☐ Chiuso

Descrizione dello spazio (1): VICOLO (TANE)

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 MEGAZOL PASTA (BROMADIOLONE) Q.tà (Lt./Kg. e n° esche) 10 BUST. 200 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]

COMUNE DI PORTO TORRES – Ufficio Ambiente

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

Spiagge	1	Strade	6	Piazze	11	Giardini	16
Mattatoi	2	Porti	7	Aeroporti	12	Stazioni	17
Cimiteri	3	Scuole	8	Uffici Pubblici	13	Mercati	18
Ospedali	4	Carceri	9	Caserme	14	Ambulatori	19
Ospizi Pubblici	5	Discariche	10	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.