



ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 21/09/2021

UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI PORTO TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA INSETTI VARI

ZONA INTERESSATA: Comune PORTO TORRES Località _____

Indirizzo VIA PALLADIO N° 5

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 22/09/2021

Non è stata rilevata presenza di insetti è stata rilevata la presenza di INSETTI VARI

Tipo di spazio o ambiente oggetto del sopralluogo: Aperto Chiuso

Descrizione dello spazio ⁽¹⁾: PALAZZETTO DELLO SPORT + AREA ESTERNA

L'intervento è stato concordato per il giorno 21/09/2021 ore 5:30 Firma Pintu Mario

Note _____

Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 21/09/2021

Tipo di intervento: Disinfestazione Derattizzazione

L'intervento è stato effettuato: all'esterno dei locali ⁽²⁾ all'interno dei locali Mq. _____

Attrezzature utilizzate: POMPA A SPALLA - ATOMIZZATORE FISSO

Prodotti Utilizzati BLEU-DELTA (DETTA DETERMINA) Q.tà (Lt./Kg. e n° esche) ML 300

GARDAN (ESTERNA DETERMINA) ML 800

N.B. In caso di utilizzo di Topici di indicare ANCHE il n° delle esche posizionate

Firma Tecnico incaricato dell'intervento Pintu Mario

Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

⁽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 | Casermes | 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.