



ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 23/09/2021

UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI PORTO-TOZZES INFESTAZIONE SEGNALATA TOPI

ZONA INTERESSATA: Comune PORTO-TOZZES Località VILLAGGIO SATELLITE

Indirizzo VIA VENETO N° 19

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 27/09/2021

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⁾: TOMBINI - TANE - ARCE VERDI

L'intervento è stato concordato per il giorno _____ Firma Pinku Porro

Note _____

Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 27/09/2021

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 BUSTINE Q.tà (Lt./Kg. e n° esche) CR 410 / n° 22

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

Firma Tecnico incaricato dell'intervento Pinku Porro

Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

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

Spiagge	1	Strade	<input checked="" type="checkbox"/>	Piazze	<input checked="" type="checkbox"/>	Giardini	<input checked="" type="checkbox"/>
Mattatoi	2	Porti	7	Aeroporti	12	Stazioni	17
Cimiteri	3	Scuole	8	Uffici Pubblici	13	Mercati	18
Ospedali	4	Carceri	9	Caserne	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.