



ATTIVITA' ANTIALATA O DI DERATTIZZAZIONE - TRASMISSIONE VERBALE DI INTERVENTO

1 - RICHIESTA DI INTERVENTO DATA 27/09/2024
UFFICIO RICHIEDENTE COMUNE DI POMO TORRES INFESTAZIONE SEGNALATA TOPI
ZONA INTERESSATA: Comune POMO TORRES Località VILLAGGIO SATELITE
Indirizzo _____

2 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO SOVRALLUOGO DATA 28/09/2024
 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
L'intervento è stato concordato per il giorno _____ Firma Pintu Florio
Note _____
Firma di conferma del referente ufficio richiedente _____

3 - ATTESTAZIONE EFFETTUATO INTERVENTO DATA 28/09/2024
Tipo di intervento: Disinfestazione Derattizzazione
L'intervento è stato effettuato: all'esterno dei locali ⁽²⁾ all'interno dei locali Mq. _____
Attrezzature utilizzate: _____
Prodotti Utilizzati DEGADON DUSTINE Q.tà (Lt./Kg. e n° esche) ER. 1290 / n° 62

N.B. In caso di utilizzo di Topicidi indicare ANCHE il n° delle esche posizionate
Firma Tecnico incaricato dell'intervento Pintu Florio
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	<input checked="" type="checkbox"/>	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.