

**AREA da compilare a cura del Richiedente**

	<b>POLICLINICO UMBERTO I</b>	<b>Tel: Fax</b>	
<b>*Numero della Richiesta</b>			
<b>*Data e ora della Richiesta</b>			
<b>*Cognome e Nome del Richiedente</b>			
<b>*Recapito telefonico</b>			

**TIPO DI SEGNALAZIONE**

- DERATTIZZAZIONE
- DISINFESTAZIONE STRISCIANTI     BLATTE     FORMICHE     ZECCHE     ALTRO.....
- DISINFESTAZIONE ALATI     ZANZARE     MOSCHE     VESPE     ALTRO.....
- .....

<b>*Numero e Nome dell'Edificio:</b>
<b>*Area- Zona- Reparto e Piano:</b>
<b>Note specifiche del Cliente:</b>
<b>*Grado di esigenza dell'intervento:</b>
<input type="checkbox"/> <b>Ordinario</b> <input type="checkbox"/> <b>Urgente</b>

**DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO (da compilare a cura dell'Appaltatore)**

<b>Indicare i prodotti usati e attrezzature, macchinari, strumenti utilizzati:</b>
<b>Data e ora dell'avvenuto Intervento: Firma dell'Operatore:</b>
<b>Per conferma Timbro e Firma del Committente/ Referente di U.O.</b>