

## MODULO SEGNALAZIONE INCONVENIENTE IGIENICO - SANITARIO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ con recapito telefonico \_\_\_\_\_

### ESPONE QUANTO SEGUE

(indicare la descrizione del fenomeno che crea l'inconveniente indicando le presunte o possibili cause, il luogo dove ha origine l'inconveniente indicandone il Comune, Via, località e altre notizie utili a definire l'inconveniente)

_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
--

e chiede

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

(Parte riservata agli uffici della ASL)

### NOTE DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO SALUTE AMBIENTE

_____ _____ _____ _____
----------------------------------