

RICHIESTA SOPRALLUOGO PER INCONVENIENTE IGIENICO

Indirizzo in cui si verifica l'inconveniente:

Comune

Via/loc

Il/la sottoscritto/a nato a

il _____ tel. _____

espone quanto segue :

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Richiede, pertanto, un sopralluogo da parte di questo Servizio al fine di accertare la sussistenza dell'inconveniente igienico e adottare dei provvedimenti atti all'eliminazione dello stesso

Il sottoscritto, nel caso in cui la richiesta sia valutata di competenza, verrà contattato per effettuare il pagamento dei diritti sanitari previsti e il personale Medico e/o Tecnico provvederà ad effettuare il sopralluogo e a dare corso agli atti conseguenti.

Il versamento di euro 15,50 indicante la causale “Diritti sanitari per sopralluogo”

☐ c/c bancario IBAN IT 48 O 01015 44101 000070783304 intestato a ASL 8 Cagliari

☐ c/c postale n° 001058765452 intestato a ASL 8 Cagliari

Cagliari _____ / _____ / _____

Firma _____