

AL DIRETTORE DEL SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
ASL ORISTANO Via Carducci, 35 ORISTANO

Oggetto: segnalazione inconvenienti igienici acqua potabile

*Il/La sottoscritto/a _____ *residente in _____

*Via/Loc. _____ *n° _____ tel. _____

*MAIL/PEC: _____

(N.B. * campi obbligatori: ogni comunicazione ufficiale di riscontro sarà inviata esclusivamente al recapito mail o pec sopra indicato)

**consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di
dichiarazioni non veritiere dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000**

SEGNALA CHE NELL'ACQUA IN USO PRESSO:

Comune _____ Via/Loc. _____ n° _____

- Casa di civile abitazione singola Unità abitativa condominiale Struttura aperta al pubblico
- Altro _____

SI E' PRESENTATA LA SEGUENTE TIPOLOGIA DI INCONVENIENTE RELATIVA A:

- Colore Odore Sapore Torbidità Altro

(descrivere) _____

CARATTERISTICHE DELL'INCONVENIENTE

- Continuo Saltuario Ciclico Presente al momento della segnalazione
- Assente al momento della segnalazione Altro _____

Altre informazioni:

Ai sensi dell'art. 10 Legge 675/96, autorizzo il trattamento dei dati personali esclusivamente ai fini del presente procedimento.

Data segnalazione _____

Firma leggibile _____
