

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: \_\_\_\_\_

**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**

\_\_\_\_\_