

All'ASL TO5

S.C. Igiene e Sanità Pubblica sede di

Il /la sottoscritt _____ abitante nel
comune di _____ via _____ n _____
recapito tel. _____ cell _____ (in orario 8,00-16,00)

Chiede

con la presente, in qualità di locatario, che venga effettuato un sopralluogo presso l'unità abitativa sita nel

Comune di _____ Via _____

per accertare la presenza dei seguenti inconvenienti igienici (breve descrizione) _____

A tale fine allega alla presente:

ricevuta versamento diritti sanitari di euro _____

Nominativo e recapito telefonico del proprietario _____

Nominativo e recapito telefonico dell'amministratore _____

data _____

firma
