

AL DIRETTORE DEL SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
 ATS SARDEGNA – ASSL 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
