

**ASL Roma 1
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Borgo Santo Spirito, 3
00193 Roma
protocollo@pec.aslroma1.it**

OGGETTO: Richiesta sopralluogo - Via/piazza

Il/la sottoscritto/a.....

Nato a il

Residente in.....Via/Piazza.....Cap.....

Telefono.....Cellulare/E-mail.....

Chiede con la presente sopralluogo presso.....

.....

Oggetto della segnalazione (specificare solo la tipologia di inconveniente igienico):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Il/la sottoscritto/a..... esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali sopra riportati ai fini strettamente necessari alle attività correlate all’oggetto della presente segnalazione.

Data.....

Firma.....

NB: La ASL si riserva di richiedere ai sensi del tariffario regionale (D.G.R. n. 10740/1995) un versamento per esposti di natura privatistica e condominiale di €77,47:

su c/c bancario intestato a Azienda ASL Roma 1 Tesoreria Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Borgo S. Spirito n.3
IBAN: IT 32 P 08327 03398 000000001060
BIC ROMAITRRXXX
(nella causale indicare “DIRITTI SISP + indirizzo dell’esposto”)