

Oggetto: **RICHIESTA SOPRALLUOGO – INCOVENIENTE IGIENICO**

COMUNE DI _____ VIA _____ N° _____

ESPONENTE : SIG. _____ NATO A _____

IL _____ residente a _____ Via _____ n° _____

Espone quanto segue:

Richiede pertanto, un sopralluogo di questo Servizio al fine di accertare la sussistenza dell'inconveniente igienico di cui trattasi e per l'adozione dei provvedimenti atti all'eliminazione dello stesso. Si allega l'originale della ricevuta di versamento di € 15,75 effettuato sul conto corrente postale n° 21780093 intestato a Servizio Tesoreria – Azienda USL n° 8 CAGLIARI c/o Banco di Sardegna Cagliari – Causale **Accertamento diritti sanitari** oppure IBAN IT 29 G 1015 04 800 00007018 8775 – ASL 8 Cagliari Servizio Tesoreria

Data _____

Firma _____