

Spett.le ATS Sardegna
ASSL Cagliari
Servizio SPRESAL
Via Romagna, 16
09127 Cagliari

serviziospresal@asl8cagliari.it
spresal@pec.aslcagliari.it

OGGETTO: richiesta duplicato libretto apparecchi a pressione.

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente in _____
via _____ n° _____
in qualità di _____ n. Telefono _____

C H I E D E

gli venga rilasciata copia del libretto matricolare dell'apparecchio a pressione:

marca _____ matricola _____
installato presso _____
sito in _____ via _____ n° _____

Nota: Per il ritiro, una volta ricevuta la conferma che in archivio è presente l'originale, l'utente dovrà presentare:

- Attestato di versamento di € 76,53 sul c.c.p. n° 21780093 intestato a "ATS SARDEGNA ASSL CAGLIARI Servizio Tesoreria"*;
- Oppure ricevuta bonifico bancario **IBAN IT76A 01015 17203 000070624550 ***;
- marca da bollo di € 16.00.

***) causale di versamento: rilascio duplicato libretto matricola _____;**

Data _____

(Firma)