

**All'A.S.P. di Agrigento**  
**Dipartimento di Prevenzione**  
**Servizio Igiene Ambienti di Vita**  
**Presidio Sanitario di \_\_\_\_\_**

**Segnalazione di inconveniente igienico-sanitario**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_

Chiedo di accertare gli inconvenienti igienico-sanitari che si sono verificati in Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_

Descrizione della situazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Accetto di pagare la somma di € 144.6 (€ 119.3 + IVA) – codice tariffa 1.02.70.01 - se l'accertamento richiesto è nell'interesse privato.**

Allego la ricevuta di 144.6 euro (se si tratta di un accertamento nell'interesse privato).

Sono consapevole che le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 Testo Unico sulla documentazione amministrativa)

Si allega fotocopia documento di riconoscimento valido.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma per esteso e leggibile

Trattamento dei dati personali – Informativa D.LGS. 196/2003, art. 13

*I dati Riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. Si precisa tuttavia che, ai sensi della L. n. 241/90 art. 22 è riconosciuto a chiunque vi abbia interesse il diritto di accesso ai documenti amministrativi fatti salvi i casi previsti dall'art. 24 della legge stessa.*