

RICHIESTA INTERVENTO DISINFEZIONE DISINFESTAZIONE DERATTIZZAZIONE

Al Dipartimento di Prevenzione – SC Igiene e Sanità Pubblica
Servizio Disinfezione e Disinfestazione
via de Ralli n. 3 – 34128 TRIESTE

Oggetto: richiesta intervento di disinfestazione/derattizzazione/disinfezione

Il/la sottoscritt _____

abitante a _____ indirizzo _____ n° _____

tel./cell: _____ mail _____

in qualità di _____

Cod. Fiscale / P. _____

Iva: _____

Chiedo un intervento di:

derattizzazione

disinfestazione per: _____

disinfezione per: _____

indirizzo _____ n. _____ piano _____

Sono informato/a che l'intervento è a pagamento e che l'importo dovrà essere corrisposto entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della relativa fattura.

Firma del richiedente: _____

Trieste, _____

Il trattamento dei dati riportati avverrà nel rispetto della L. 196/2003 "Tutela della Privacy".

Nota Interna: