

**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: