

**AZIENDA SANITARIA di FIRENZE ZONA NORD-OVEST
IGIENE E SANITÀ PUBBLICA**

RICHIEDENTE (denominazione/ragione sociale o Cognome e Nome):

.....

CODICE FISCALE /PARTITA IVA (obbligatorio):

.....

SEDE LEGALE o RESIDENZA:

Comune Fraz./Loc. Prov. CAP

Via N° TEL.

PRESTAZIONE RICHIESTA: Verifica requisiti igienico-sanitari per perforazione pozzo.

UBICAZIONE FABBRICATO:

Firma del richiedente

Data

Spazio riservato USL

Prestazione effettuata in data _____ da _____

Codice tariffario e descrizione _____

L. _____ IVA _____ TOTALE L. _____

Firma _____