

MODULO DI RICHIESTA PRELIEVO ACQUA			
Nominativo		Ragione sociale	
Comune		Via	n°
Codice fiscale	P.IVA	Tel/Cell.	
E-mail :	PEC :	<input type="checkbox"/> Emettere Fattura	
Ubicazione pozzo: Comune		Via:	n°
USO: <input type="checkbox"/> domestico <input type="checkbox"/> industriale <input type="checkbox"/> pubblico <input type="checkbox"/> agricolo <input type="checkbox"/> ittiocoltura <input type="checkbox"/> irriguo <input type="checkbox"/> altro _____			

CARATTERISTICHE DELL'IMPIANTO	
<input type="checkbox"/> pompa <input type="checkbox"/> autoclave <input type="checkbox"/> addolcitore <input type="checkbox"/> carboni attivi <input type="checkbox"/> cloratore <input type="checkbox"/> pompa sommersa <input type="checkbox"/> vaso espansione <input type="checkbox"/> filtro a cartuccia <input type="checkbox"/> filtro pre-pompa <input type="checkbox"/> getto continuo <input type="checkbox"/> vasca d'accumulo <input type="checkbox"/> acquedotto <input type="checkbox"/> deferrizzatore <input type="checkbox"/> assente <input type="checkbox"/> materiale tubature _____ <input type="checkbox"/> altro _____	

CARATTERISTICHE DEL POZZO	ALTRE INFORMAZIONI
Anno di perforazione: _____	Pozzo analizzato per la prima volta? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Profondità totale mt.: _____	Eseguito clorazione <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

Motivazione della richiesta: <input type="checkbox"/> abitabilità/agibilità <input type="checkbox"/> autocontrollo <input type="checkbox"/> controllo privato <input type="checkbox"/> altro _____
--

Ripetizione prelievo per analisi: <input type="checkbox"/> cloro <input type="checkbox"/> batteriologico <input type="checkbox"/> ferro <input type="checkbox"/> arsenico <input type="checkbox"/> _____
--

Data: _____	Firma del richiedente: _____
-------------	------------------------------

<i><b>PROTOCOLLO AZ. ULSS15</b></i>	<i><b>PROTOCOLLO ARPAV</b></i>
-------------------------------------	--------------------------------

VERBALE DI PRELIEVO			
Prelievo per analisi: <input type="checkbox"/> chimica <input type="checkbox"/> microbiologica		Effettuato il :	Alle ore :
Temperatura acqua °C: _____		Ubicazione Geografica : Long.	Lat.
<input type="checkbox"/> vetro chiaro da 1 lt.	<input type="checkbox"/> organo clorurati 100 ml.	<input type="checkbox"/> metalli plastica	<input type="checkbox"/> sterile con tiosolfato per bat. ml.500 in plastica
Punto prelievo :		Note	
T.d.P. _____		Firma _____	
<b>SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE:</b> Via Cao del Mondo – 35012 CAMPOSAMPIERO PD Tel. 049 9822147 Fax 049 9822184 e-mail direzione_sian@ulss15.pd.it			