

Lì, _____

Spett.le ARPAV – Dipartimento Provinciale di Treviso
U.O. Agenti Fisici
Via Santa Barbara, 5/A
31100 Treviso

OGGETTO: RICHIESTA DI MISURAZIONE DI GAS RADON INDOOR

Con la presente il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
codice fiscale _____
telefono _____ e-mail _____

RICHIEDE UNA MISURAZIONE DI GAS RADON

a pagamento (secondo quanto previsto dal Tariffario Regionale ARPAV) presso la propria abitazione ubicata
in Via _____ nel Comune di _____ prov. _____
in n. _____ punti di misura per una durata :

- annuale: utilizzando 2 dosimetri per punto di misura da esporre l'uno consecutivamente all'altro (6+6 mesi o 4+8 mesi,)
- di ___ mesi utilizzando un solo dosimetro per punto
- di un mese utilizzando un solo dosimetro per punto

Firma

Si anticipa copia della richiesta di misura all'indirizzo:

- fax 0422 558516