

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Via Don L. Sturzo 20 – 13900 BIELLA
Direttore: Dr. Luca SALA

All. 0

Prot. n.

Al Dipartimento di Prevenzione ASL BI
Via Don Sturzo 20 - 13900 Biella
e-mail: dipartimento.prevenzione@aslbi.piemonte.it
PEC: suap@cert.aslbi.piemonte.it

MODULO ESPOSTI (rev. 1)
Per la valutazione d'intervento

Il sottoscritto _____ nato a _____ il ____ / ____ / ____

☐ in qualità di privato cittadino
residente nel Comune di _____

Via _____ n. _____ telefono/cellulare _____

posta certificata _____ e-mail _____

☐ in qualità di _____
della Ditta/Ente/Condominio _____

con sede nel Comune di _____ Via _____ n. _____

telefono/cellulare _____ posta certificata _____

e-mail _____ FAX _____

**Espone il seguente inconveniente igienico sanitario – ambientale, sicurezza alimentare-
attività di sanità pubblica veterinaria (*):**

(*) specificare e dettagliare gli inconvenienti di cui si richiede verifica; se l'esposto riguarda proprietà private indicare tutte le informazioni disponibili (via e n° civico, nominativo del proprietario, ecc.).

SCRIVERE CON CARATTERI LEGGIBILI, PREFERIBILMENTE IN STAMPATELLO

L'inconveniente segnalato è nel comune diin Via n.

Descrizione

% segue nella pagina successiva

☐	Allega ulteriore foglio dove prosegue la descrizione	☐	Allega documentazione fotografica
--------------------------	--	--------------------------	-----------------------------------

Dichiara, altresì:

- 1) di aver preso conoscenza dell'informativa sul trattamento dei dati personali, disponibile sul sito internet dell'ASL BI (<https://aslbi.piemonte.it/privacy-policy>), nonché presso i locali del Dipartimento di Prevenzione;
- 2) di essere stato informato che l'eventuale sopralluogo, se effettuato nell'interesse del privato, è soggetto al pagamento dei diritti previsti dal Tariffario del Dipartimento di Prevenzione (DGR 5/7/2004, n. 42-12939): Varie-Generali-1 – *Accertamenti richiesti da privati per verifica inconvenienti igienico-sanitari: € 52,00*
- 3) di essere a conoscenza che il suddetto pagamento dovrà avvenire soltanto a seguito di specifica comunicazione effettuata dall'operatore del Dipartimento di Prevenzione, prima di intervenire (sopralluogo, ecc.).

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto, firmando il presente modulo, acconsente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n.196/2003, al trattamento dei dati personali, secondo modalità e limiti riportati nell'informativa sopracitata.

Data _____

Firma _____

N.B. ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ