

**Azienda U.S.L. Roma 2**  
**Dipartimento di Prevenzione**  
**U.O.C. Igiene Pubblica**  
**Viale Battista Bardanzellu, n. 8**  
**00155 Roma**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente in (Via+Cap+Comune) \_\_\_\_\_

Legale Rappresentante di \_\_\_\_\_ Partita I.V.A. \_\_\_\_\_

Indirizzo Sede Legale \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Indirizzo Sede Operativa \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Tipo di Attività: **RICHIESTA INTERVENTO PER PRESENZA INCONVENIENTI IGIENICO SANITARI**

**Importo da Pagare € 10,85 (Dieci/85) per ogni singola richiesta di istruttoria pratica per richiesta di intervento per presenza inconvenienti igienico sanitari**

	<b>Avvio Istruttoria Pratica per</b>
	Richiesta intervento per presenza inconvenienti igienici

**N.B:** L'importo dovuto per le attività sopra descritte è stabilito nel rispetto del Tariffario Regionale previsto dalla D.G.R. Lazio del 19/12/1995 n. 10740.

Il pagamento di quanto dovuto può essere effettuato, utilizzando il presente modello, sia presso gli sportelli CUP, sia servendosi delle Postazioni Automatiche (TOTEM) della ASL Roma 2, oppure tramite bonifico bancario sulle seguenti coordinate – BNL - Ag. 21 Via Tiburtina n 399 – codice **IBAN: IT 79 M 01005 03221 00000218020** utilizzando l'apposita causale.



IP05