

Al Direttore Provinciale

**ARPAV**

Dipartimento Provinciale di Padova

Via Ospedale, 22

35121 PADOVA

Oggetto: **Richiesta misure radon indoor**

Con la presente il sottoscritto....., residente in  
via..... n. .... nel Comune di.....

Codice Fiscale/Partita IVA: .....

Recapiti: Cell ..... Fisso .....

Mail.....

## RICHIEDE

l'effettuazione di n° ..... misure di radon indoor, a pagamento, secondo quanto previsto  
dal Tariffario Regionale ARPAV, pari a 33,00 Euro + IVA cadauna.

nell'abitazione sita in via.....

nel Comune di.....

Distinti saluti.

Data

.....

Firma

.....