

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

.....