

## SEGNALAZIONE/RICHIESTA – SERVIZIO INTERESSATO: ILLUMINAZIONE PUBBLICA

Rep. n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Segnalazione telefonica  
Segnalaz. di persona  
Segnalazione d'ufficio

Alla **SOLARIS SRL**  
Via dei Mille 35E/F - 40024 Castel San Pietro Terme  
SPORTELLO UNICO UTENTI

Il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### SEGNALA LE SEGUENTI PROBLEMATICHE

	Descrizione guasto/richiesta	A cura di Solaris srl Tempi max intervento (art. 13)	A cura del manutentore
<b>1</b>	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> EMERGENZA entro 2 ore <input type="checkbox"/> Entro 48 ore <input type="checkbox"/> Entro 72 ore	SI CONFERMA INTERVENTO ESEGUITO IL _____ <input type="checkbox"/> Intervento completato <input type="checkbox"/> Intervento da completare (vd nota allegata) Il Responsabile _____
<b>2</b>	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> EMERGENZA entro 2 ore <input type="checkbox"/> Entro 48 ore <input type="checkbox"/> Entro 72 ore	SI CONFERMA INTERVENTO ESEGUITO IL _____ <input type="checkbox"/> Intervento completato <input type="checkbox"/> Intervento da completare (vd nota allegata) Il Responsabile _____
<b>3</b>	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> EMERGENZA entro 2 ore <input type="checkbox"/> Entro 48 ore <input type="checkbox"/> Entro 72 ore	SI CONFERMA INTERVENTO ESEGUITO IL _____ <input type="checkbox"/> Intervento completato <input type="checkbox"/> Intervento da completare (vd nota allegata) Il Responsabile _____

Si resta in attesa di cortese riscontro.

\_\_\_\_\_  
(firma)

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs.vo 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con gli strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_  
(firma)

A cura di Solaris srl
RICEVUTO IL _____ ORE _____
DA (nome o timbro dell'ufficio) _____
INOLTRATO IL _____ ORE _____
<input type="checkbox"/> A mano / via fax al n. _____ <input type="checkbox"/> A mano / via fax al n. 051/94.87.45 (Naldi Impianti)
Visto del Responsabile del procedimento _____
<input type="checkbox"/> Archiviare