

Al Comune di Genova
Direzione Ambiente - Settore Igiene e Acustica
Unità Operativa Complessa Acustica
Ufficio Attività Rumorose Temporanee
via di Francia 1
16149 GENOVA GE

**OGGETTO: ESPOSTO - RICHIESTA DI VERIFICA DEI LIMITI DI IMMISSIONE
DELL'INQUINAMENTO ACUSTICO ALL'INTERNO DI UNITÀ
ABITATIVA (L.447/95; D.P.C.M. 14/11/97; L. R. 12/98)**

RICHIEDENTE:

Sig _____ tel _____

codice fiscale _____

via _____ cap _____

zona _____

e-mail _____

**UNITA' ABITATIVA DISTURBATA: (da compilare se diversa dall'abitazione
del/della richiedente).**

Via _____ Zona _____

Abitata da _____ Tel. _____

ATTIVITA' DISTURBANTE:

Tipo di attività _____ Anno di insediamento _____

Ragione sociale - se nota: _____

Indirizzo _____

Sorgente disturbante _____

Tipologia del rumore _____

PERIODO IN CUI SI VERIFICA IL RUMORE:

Diurno (dalle 6 alle 22) ora di maggior disturbo _____

Notturmo (dalle 22 alle 01) ora di maggior disturbo _____

Altri orari (da specificare) _____

PER L'ESECUZIONE DELL'INTERVENTO OCCORRE CONTATTARE:

Il/la Sig./a _____ Tel. _____

Altro eventuale recapito telefonico _____

Indicare le ore in cui si è reperibili

Data _____

Firma _____