

**ARPA – SEZIONE PROVINCIALE DI BOLOGNA
SERVIZIO TERRITORIALE – Distretto Imolese**

In ottemperanza a quanto previsto dal D.P.R. n. 605 del 29/09/73 e successive modifiche. Vi preghiamo di compilare il seguente modulo al fine di permetterci una corretto addebito delle prestazioni richieste che sarà effettuato secondo quanto previsto dal tariffario approvato con DGR n. 2000 del 27/12/2011, pubblicato sul sito www.arpaemr.it.

Il pagamento dovrà essere effettuato dopo il ricevimento di nostra nota di addebito / fattura.

Si fa presente che in caso di omessa o inesatta compilazione, le sanzioni previste saranno a Vostro carico.

Compilazione a carico del richiedente

Barrare la casella interessata :

DITTA

RAGIONE SOCIALE
Indirizzo Sede Legale Vian.
Località e ComuneProv.....
CAP Tel.
PEC E-mail

NUMERO PARTITA IVA

CODICE FISCALE

PERSONA FISICA

Cognome Nome
Nato a il
Domicilio Fiscale: Via n.
Località e ComuneProv.....
CAP Tel.
PEC E-mail

CODICE FISCALE

Indirizzo a cui inviare la nota / fattura : Vian.
Località e ComuneProv.....
CAP Tel.

DATA

**FIRMA DEL RICHIEDENTE
PER IMPEGNO AL PAGAMENTO**

Compilazione a carico dei Tecnici di ARPA

OGGETTO DELLA PRESTAZIONE (Specificare dettagliatamente)

.....
.....
.....
.....

DATA DELLA PRESTAZIONE pratica Sinapoli n°.....

CODICE PRESTAZIONE protocollo del parere

IMPORTO €..... + **IVA €** **TOTALE €**.....

Firma del tecnico Arpa E.R. : _____