# Richiesta prestazione Arpae (parere, campionamento e prestazioni analitiche: scarichi piattaforme marine)

## SCHEDA ANAGRAFICA CAMPIONAMENTO E PRESTAZIONI ANALITICHE (SCARICHI PIATTAFORME MARINE)

Azienda: ☐ Registrata EMAS ☐ certificata ECOLABEL ☐ certificata ISO 14001
(produrre autocertificazione ai sensi del DPR 445/00; indicare la data di fine validità delle certificazioni)
*N.B.: si prevede una riduzione dell'importo della prestazione pari al 30 % per EMAS/ECOLABEL e 15% per ISO 14001*

RICHIEDENTE (a chi va intestato il Bollettino PagoPA)
☐ DITTA ☐ PERSONA FISICA

RAGIONE SOCIALE/COGNOME NOME
Eventuale referente per la pratica
Sede Legale/Indirizzo via n
Comune Provincia
CAP Tel
Numero Partita IVA
Codice Fiscale
PEC e-mail

Indirizzo per invio del Bollettino PagoPA (solo se diverso dal precedente)

RAGIONE SOCIALE/COGNOME NOME
Sede Legale/Indirizzo via n
Comune Provincia
CAP Tel
Numero Partita IVA
Codice Fiscale
PEC e-mail

Indirizzo per invio rapporti di prova (solo se diversi dai precedenti)

RAGIONE SOCIALE/COGNOME NOME
Sede Legale/Indirizzo via n
Comune Provincia
CAP Tel
Numero Partita IVA

| | |
|---|---|
| arpae emilia-romagna | Format - Richiesta prestazione Arpae (parere, campionamento e prestazioni analitiche: scarichi piattaforme marine) |

Codice Fiscale

PEC e-mail

Il pagamento dovrà essere effettuato entro 30 giorni dal ricevimento del Bollettino PagoPA.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Modalità di trasmissione preventivo | ☐ posta ordinaria | ☐ e-mail | ☐ PEC |
| Modalità di trasmissione Rapporto di prova: | ☐ posta ordinaria | ☐ e-mail | ☐ PEC |
| Modalità di trasmissione fattura/Bollettino PagoPA | ☐ posta ordinaria | | ☐ PEC |

Il pagamento dovrà essere effettuato entro 30 giorni dal ricevimento del Bollettino PagoPA.

*Viene rilasciato il modulo relativo all'informazione in materia di protezione dei dati personali ai sensi normativa vigente*

*Compilazione a carico di Arpae*
n. pratica Sinadoc

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE
☐ SOPRALLUOGHI: ☐ ANALISI: ☐ CAMPIONAMENTO E ANALISI:

| | |
|---|---|
| Punto di prelievo | |
| n. sopralluoghi | ☐ N° definito ☐ N° indicativo ☐ N° non definibile<br>Durata di ciascun sopralluogo |
| n. campioni | ☐ N° definito ☐ N° indicativo ☐ N° non definibile |
| Frequenza di campionamento/ durata della prestazione | ☐ campionamento in unica risoluzione<br>☐ campionamento dilazionato durata prevista |
| Analisi richieste | *vedi Tabella Parametri allegata (pacchetto analitico specifico)* |
| Altre informazioni | |

DATA

FIRMA DEL RICHIEDENTE

*Compilazione a carico di Arpae* CODICE PREVENTIVO