Richiesta prestazione Arpae (campionamento e prestazioni analitiche: siti contaminati)

SCHEDA ANAGRAFICA PER CAMPIONAMENTO E PRESTAZIONI ANALITICHE (SITI CONTAMINATI)

Barrare la casella interessata
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 (solo se non si ha una casella PEC)

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 (campionamento e prestazioni analitiche: siti contaminati)

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 Bollettino PagoPA	☐ posta ordinaria		☐ PEC

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE

☐SOPRALLUOGO: ☐ANALISI: ☐ CAMPIONAMENTO E ANALISI:

Materiale/matrice/ambito	
Punto di prelievo	
n. sopralluoghi	☐ *N° definito* ☐ *N° indicativo* ☐ *N° non definibile*
n. campioni	☐ N° definito ☐ N° indicativo ☐ N° non definibile
Frequenza di campionamento/ durata della prestazione	☐campionamento in unica soluzione ☐ campionamento dilazionato durata prevista
Analisi richieste	*vedi Tabella Parametri allegata*

DATA

FIRMA DEL RICHIEDENTE

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

Compilazione a carico di Arpae CODICE PREVENTIVO