

## SCHEDA DI RILEVAZIONE PER MOLESTIE OLFATTIVE

|   |                     |
|---|---------------------|
| <b>ENTE COMPETENTE:</b><br><input type="checkbox"/> COMUNE di .....<br><input type="checkbox"/> ASL n° ..... Provincia .....                  |                     |
| <b>RILEVATORE:</b><br><input type="checkbox"/> pubblico ufficiale (generalità) .....<br><input type="checkbox"/> cittadino (generalità) ..... |                     |
| <b>POSIZIONE DEL RILEVAMENTO (indirizzo)</b><br>.....   |                     |
| <b>MESE</b> ..... <b>ANNO</b> .....   | <b>FIRMA:</b> ..... |

| GIORNO | ORA | Presenza* | Tipologia odore** | Durata | Condizioni meteo*** |
|--------|-----|-----------|-------------------|--------|---------------------|
|        |     |           |                   |        |                     |
|        |     |           |                   |        |                     |
|        |     |           |                   |        |                     |
|        |     |           |                   |        |                     |
|        |     |           |                   |        |                     |
|        |     |           |                   |        |                     |
|        |     |           |                   |        |                     |
|        |     |           |                   |        |                     |
|        |     |           |                   |        |                     |
|        |     |           |                   |        |                     |
|        |     |           |                   |        |                     |
|        |     |           |                   |        |                     |
|        |     |           |                   |        |                     |

\* Altissima 6, Alta 5, Media 4, Bassa 3, Scarsa 2, Minima 1, Nulla 0  
 \*\* pungente P, acre A, ecc  
 \*\*\*sereno, nuvoloso, pioggia,vento, neve, grandine, temp. indicativa