



RILEVAZIONE ANOMALIE IN INGRESSO

COGNOME: _____ M F

NOME: _____

RECAPITO TEL.: _____ EMAIL _____

RESIDENZA _____ DATA _____

PIANO _____ APP. _____ ST. _____

ELENCO ANOMALIE: _____

URGENTE

N.B. Il presente documento di rilevazione anomalie deve essere inviato via mail all'indirizzo segreteria@esu.vr.it entro 3 giorni lavorativi dalla consegna delle chiavi.

Autorizzo gli addetti dell'ESU all'ingresso senza preavviso per la verifica di quanto indicato

FIRMA: _____

§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§ **RISERVATO ALL'UFFICIO PATRIMONIO** §§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§

PROTOCOLLO N. _____ **POS. N.** _____ **DEL** _____

VERIFICA ANOMALIE N. _____ **data verifica** _____ **dalle ore** _____ **alle ore** _____

INCARICATI ESU:

1. _____

2. _____

DESCRIZIONE: _____

URGENTE **RISOLTO DA INCARICATO ESU** **ORDINE DI LAVORO N.** _____

FIRMA INCARICATO 1:

FIRMA INCARICATO 2:

FIRMA DI OSPITI EVENTUALMENTE PRESENTI ALLA VERIFICA
