



RILEVAZIONE ANOMALIE IN INGRESSO

DATA
 COGNOME NOME
 CODICE UTENTE ESU (5 CIFRE)
 TELEFONO EMAIL
 RESIDENZA
 PIANO APPART. STANZA

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