**Al Laboratorio di Sanità Pubblica Area Vasta Toscana Sud Est**

**Strada del Ruffolo 53100 – Siena**

**tel. 0577 536619 oppure 536097 – fax 0577 536754**

**e-mail: laboratoriosanitapubblica@uslsudest.toscana.it – PEC:** **ausltoscanasudest@postacert.toscana.it**

**SCHEDA D'ORDINE n. del**

*Cliente*

|  |
| --- |
| *Ragione sociale:*  |
| *Indirizzo:* *CAP:* *Provincia:*  |
| *Tel.*  | *Fax.* |
| *Persona da contattare:*  | *Tel.**Fax.**E-mail:* |
| *Da compilare in caso di prestazioni non istituzionali (analisi a pagamento)* |
| *P.IVA o codice fiscale* | Cod. destinazione fattura elettronica |
| *Richiesta di Dichiarazioni di conformità [vedi quanto previsto nel documento “Condizioni contrattuali e note informative per il cliente” (A)] ….....................................................................................................................................................................................................................................................................................................* |

(A) Le condizioni contrattuali e le note informative sono riportate nel modulo 2 Macro-processo 02-P01, disponibile presso il Laboratorio e sul sito web: <http://www.uslsudest.toscana.it/index.php/laboratorio-sanita-pubblica>

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Ambienti da valutare:***n° Locali di superficie < 50m2:n° Locali di superficie tra 50 e 100m2:n° Locali di superficie >100m2: | n° n° n° n° n°  | ***a cura del laboratorio*** Elettreti tipo ST (short term)Elettreti tipo LT (long term)Camera S (210 ml) con dispositivo ON/OFFCamera L (58 ml) per misure long termBST-TYV - Buste protettive in tyvek® per camere radon S o L |
| La strumentazione viaggia a mezzo: | •: Corriere•: Posta•: Consegnata di persona |
| RIFERIMENTO PREVENTIVO | n. del XX/XX/XXXX |  |

|  |
| --- |
| • Autorizzo l'inserimento dei miei dati nei vostri archivi informatici, nel rispetto di quanto previsto dalla legge sulla tutela dei dati personali. In ogni momento, D.Lgvo 101/2018 del 10-8-2018, potrò comunque avere accesso ai miei dati, chiederne la modifica o la cancellazione. |

Data: Firma:

Annotazioni:

*parte a cura del Laboratorio*

ORDINE RIESAMINATO IN DATA: / / CON ESITO:  Positivo

  Negativo

 Firma: