



# Comune di Trasacco (AQ)

Piazza Mazzini - c.a.p. 67059  
TEL. 0863/931120 FAX 0863/931240  
C.F. 00167260660  
E-Mail info@comune.trasacco.aq.it

**Al Sig. Sindaco del Comune di Trasacco**

**| SEGNALAZIONE GUASTI E DISSERVIZI |**

La/Il sottoscritto/a.....

Nato/a .....Il .....

Residente a ..... Via ..... N° .....

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tel. ....

**Segnala alla vostra attenzione:**

(oggetto della segnalazione) .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Dichiaro di essere informato che i dati personali saranno trattati, e ne autorizzo la raccolta degli stessi, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96.

Trasacco lí .....

( Firma ) .....

**SPAZIO RISERVATO AGLI ORGANI COMUNALI**

- Intervento eseguito in data.....  
.....
- Motivo della mancata esecuzione dell'intervento.....  
.....  
.....

Trasacco lí .....

( Firma ) .....