



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
 Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA

Unità Operativa Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

Direttore: f.f. Dott.ssa Maria Rosa Spagnolo

Sede territoriale di _____

Via _____ - _____ (FE)

Tel. _____ Fax _____

e-mail: dirdsp@pec.ausl.fe.it

NR DI PROT. _____

FERRARA, _____

Raccomandata A.R.

Alla Ditta _____

Oggetto: VERBALE DI VERIFICA DI DISPOSIZIONI

A seguito del sopralluogo di rivisita eseguito dai sottoscritti operatori del Servizio in intestazione in data _____ presso _____ ubicato a _____ in via _____, è stata constatata l'ottemperanza alle disposizioni impartite con il verbale n° _____ del _____, in particolare:

(si ritiene utile e consigliabile specificare punto per punto, rispetto al verbale, la soluzione adottata, soprattutto se diversa rispetto a quella proposta nella disposizione, anziché scrivere genericamente "ottemperato", a futura memoria e tutela per gli operatori).

I VERBALIZZANTI
