



SEDE TERRITORIALE DI VARESE

MODULO N.1

A.T.S. INSUBRIA
AL DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA
(tel. 0332277240 – fax 0332277414)

Segnalazione intossicazione o sospetta intossicazione da CO derivante da impianti ed apparecchi installati nelle abitazioni funzionanti con combustibili solidi, liquidi, gassosi.

Il sottoscritto

qualifica (1)

segnala che il Sig. (generalità).....

residente ao domiciliato a

da me visitato presentava segni di intossicazione da CO

al referto d'analisi presentava una concentrazione di
carbossiemo globina pari a (valore)

note.....

.....

.....

luogo e data.....

firma e timbro

.....

Recapito telefonico.....

Telefax.....

Se è già stata inoltrata comunicazione telefonica specificare:

data..... ora.....funzionario ricevente.....

(1) Medico di base - Medico ospedaliero (specificare)