SCHEDA DI RILEVAZIONE DEL DISTURBO OLFATTIVO

Nome Cognome o Codice segnalatore	Comune di	Foglio N.

N.	Data [1]	Ora inizio	Ora fine	Indirizzo	Intensità odore **1** = percepibile **2** = forte **3** = molto forte	NOTE (caratteristiche del disturbo)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						

N.	Data [1]	Ora inizio	Ora fine	Indirizzo	Intensità odore **(1, 2, 3)**	NOTE (caratteristiche del disturbo)
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						

(1) Più episodi occorsi nello stesso giorno devono essere descritti in righe diverse