



MODEL ORIENTATIU DE QÜESTIONARI JUSTIFICATIU D'EPISODIS D'OLOR

INFORME DE QUEIXES PER MOLÈSTIES D'OLOR		Queixa No :
DADES DEL DENUNCIANT :		
Nom, adreça i telèfon de la persona que realitza la queixa :		
Hora i data en la que es rep la queixa per part de la persona que la realitza (si s'escau):		
DADES DE LES MOLÈSTIES		
Data, hora	Durada de l'episodi d'olor	
	>1 minut <input type="checkbox"/> >10 minuts <input type="checkbox"/> >1 hora <input type="checkbox"/> >4 hores <input type="checkbox"/> >12 hores <input type="checkbox"/>	
Localització de l'olor:		
Descripció de l'olor:		
Intensitat: Molt Forta <input type="checkbox"/> Forta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Dèbil <input type="checkbox"/> Molt Dèbil <input type="checkbox"/>		
DADES D'OBSERVACIÓ VISUAL		
Condicions meteorològiques : (per exemple : sol, pluja, boira, neu, etc.)		
Existència i direcció del vent :		
Força o intensitat del vent :		
Alguna altra informació important :		
COMENTARIS / OBSERVACIONS		
Data :	Signatura :	
Informació rebuda per :		