

**SERVICE COMMUNAL  
D'HYGIENE ET DE SANTE**  
1, rue des Trois Marie  
20000 AJACCIO  
Tél : 04.95.51.78.50  
Fax : 04.95.51.78.68

Prière de remplir toutes les rubriques de cet imprimé. Aucune suite ne sera donnée aux demandes incomplètes.

## **SIGNALEMENT D'INSALUBRITÉ**

### **Coordonnées du plaignant**

Nom – Prénom: .....

Téléphone : .....

Adresse.....

Bâtiment/Escalier..... Étage..... N° appartement.....

### **Lieu de la plainte**

Nom (si différent du plaignant) : .....

Adresse.....

Bâtiment/Escalier..... Étage..... N° appartement.....

### **Objet de la plainte**

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

### **Nom et adresse du propriétaire des lieux**

.....  
.....

Tél : .....

### **Locataires**

Avez vous prévenu votre propriétaire ? OUI-NON  
votre gérant ? OUI-NON  
A-t-il répondu ? OUI-NON  
Si OUI, dans quel sens ? ACCORD – REFUS  
Avez-vous contacté votre assureur ? OUI-NON

### **Nom et adresse du gérant ou du syndic**

.....  
.....

Tél : .....

### **Copropriétaires**

Avez vous prévenu votre syndic ? OUI-NON  
Une assemblée générale des copropriétaires  
a-t-elle été réunie ? OUI-NON  
Dans quel sens s'est-elle prononcée sur les  
travaux à effectuer ? ACCORD – REFUS

### ***Partie à remplir par le service***

Affaire suivie par : .....

Rendez-vous fixé au.....

à.....h.....sur place

Fait à AJACCIO, le.....

SIGNATURE