|  |  |
| --- | --- |
| **CUESTIONARIO DE QUEJAS POR EPISODIO DE OLORES** | |
| **DATOS DE LA PERSONA QUE PONE LA QUEJA**   |  | | --- | | **Nombre:**  **DNI:**  **Dirección:**  **Teléfono:**  **Fecha y Hora de la queja: ¿Ha realizado alguna queja anteriormente?**  Si No | | |
| **DATOS DE LAS MOLESTIAS:**   |  | | --- | | Duración del episodio de olor  >1 minuto >10 minutos >1 hora >4 horas >12 horas | | **Tiempo que lleva detectando el olor hasta la queja**  Fecha y hora inicio del episodio de olor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Puntual Diario Semanal Mensual Trimestral Anual  Por la Mañana Por la Tarde Por la noche | | **Localización del olor**  Exterior vivienda o local Interior vivienda o local | | **Descripción del olor: Sensación:**  Pescado Dulce  Huevos podridos Acido  Repollo podrido Amargo  Amoniaco Podredumbre  Fecal o Alcantarillado  Otro  **Intensidad:**  MUY FUERTE Olor Desagradable e Insoportable( no se puede permanecer en el sitio donde se detecta)  FUERTE Soportable pero ofensivo  MODERADO Se distingue de olores frecuentes en la zona al respirar normalmente, posiblemente molesto.  DEBIL Apenas se percibe, se necesita estar quieto e inhalar viento de cara.  MUY DEBIL No se distingue de olores frecuentes en la zona y apenas es detectable | | |
| Información recogida por:  Nombre y apellidos:  Puesto de trabajo: |