PROVINCIA DI PAVIA
Protezione Civile

SERVIZIO ANTINCENDIO BOSCHIVO

Riepilogo Annuale

N° Rap.	*Data*	*Comune e Località*	*ha*	*Ore Spegnimento*	*Prevenzione*	*N° Volontari Intervento*	TOTALE ORE
TOTALI							

Data_____

Il Responsabile del Servizio A.I.B.

_____