

**Modulo di valutazione
Impianto di trattamento delle acque reflue**

SOCIETÀ: _____

NOME DEL CONTATTO: _____

INDIRIZZO: _____

ONO _____ **FAX #** _____

I : _____

VERBALE _____

	INFLUENT		EFFLUENT		
	ORARIO	ORA	ORA	ORARIO	ORARIO
Q (m ³ /giorno o litri/minuto)					
Z (C)					
pH					
SS (mg/l)					
SS (mg/l)					
BOD ₅ (mg/l)					
BOD solubile (mg/L)					
COD (mg/l)					
Fe (mg/l)					
P (mg/l)					
N _{tot} (kjeldahl) (mg/l)					
Cl (mg/l)					
rtofosfato (mg/l)					
UV ₂₅₄ (mg/l)					
Chloroform (mg/l)					
El/M					
TP (mg/l)					
UV ₂₅₄ (mg/l)					
Chloroform (CRUR)					
Chloroform					
Chloroform (mg/l)					
Chloroform (SVI) (ml/g)					
DOWUR					

Problema ?

Il flusso è continuo?

Ore di operazione?

**Tipo di sistema biologico,
volume e dimensioni?**

Numero di serbatoi di ossidazione:

Volume del serbatoio di ossidazione

_____ m³ _____ m³ _____ m³

Volume del serbatoio di sedimentazione primario:

_____ m³ _____ m³

Volume del serbatoio di sedimentazione secondario:

_____ m³ _____ m³

Per il trattamento degli odori con D.V.U.

Perimetro dell'area, vasca o container

_____ m

Schema del sistema: (fornire se possibile)