Diário de ruído

Período: _____ Nome (opcional): _____ Local (opcional): _____

Um evento por linha. Assinale horas aproximadas. Indique apenas níveis medidos.

Data	Início / fim	Duração	Local / divisão	Descrição do som e impacto observado	dB(A)*

* As medições do telemóvel são indicativas, não certificadas.