

Comune di Capovalle



Provincia di Brescia

## **MODULO PER ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RACCOLTA RIFIUTI TESSILI E SANITARI**

(PANNOLINI E/O TRAVERSE)

**OGGETTO: ATTIVAZIONE SERVIZIO DEDICATO RIFIUTI TESSILI E SANITARI (PANNOLINI E/O TRAVERSE)**

**INTESTATARIO BOLLETTA DOMESTICA** \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ C.F. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| tel \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

### **DICHIARA**

Di avere nel proprio nucleo familiare anziani o persone affette da handicap che utilizzano pannolini e/o traverse (allegare la documentazione attestante la necessità)

Nome e Cognome (Anziano e/o disabile)

Codice Fiscale

\_\_\_\_\_

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

\_\_\_\_\_

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### **RICHIEDE L'IMPLEMENTAZIONE DEL SERVIZIO COME SEGUE:**

abilitazione utilizzo contenitori dedicati alla raccolta rifiuti tessili e sanitari

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_