



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 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 _____