Comune di Bione Provincia di Brescia

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 famigliare 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 _____