

**RICHIESTA DI CONFERIMENTO RIFIUTI
DI PANNOLINI E PANNOLONI E TRAVERSE SALVA LETTO**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(Ex art. 46 del D.P.R. 28.12.00 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ intestatario dell'utenza o per conto
dell'utenza _____ (consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del
D.P.R. 28.12.00 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi)

RICHIEDE

l'attivazione del servizio di raccolta di pannolini e pannoloni e traverse salva letto

per il/la Sig./Sig.ra _____

residente nel Comune di _____

Via _____ civ. _____

Tel. _____ E-mail _____

DICHIARA

che l'utente che usufruirà del servizio è (barrare casella corrispondente):

☐ Persona anziana/disabile

☐ Bambino piccolo (indicare data di nascita) _____

Di essere a conoscenza del fatto che il diritto di usufruire del servizio è riservato alle utenze in possesso di concrete esigenze e pertanto si impegna a disattivare il servizio (chiamando in numero verde 800 108 040) al decadere delle stesse.

L'utilizzo improprio del servizio potrà essere sanzionato ai sensi di quanto previsto dal Regolamento Comunale.

I pannolini pannoloni e traverse salva letto dovranno essere conferiti esclusivamente nei sacchi grigi semitrasparenti ricevuti in dotazione.

Data

Firma

Luogo e data _____

Firma _____