

**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 \_\_\_\_\_