

RICHIESTA DI AGEVOLAZIONE TARIFFARIA PER IL CONFERIMENTO DI RIFIUTI DERIVANTI DA DISAGIO SANITARIO

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

Il/la sottoscritto/a _____ residente nel Comune di _____

via _____ n. _ Tel. _____ E-mail _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.00 n .445, in caso di dichiarazioni mendaci

RICHIEDE

di fruire dell'agevolazione tariffaria per il conferimento di rifiuti derivanti da disagio sanitario per il sottoscritto _____

o per il/la Sig./Sig.ra _____

residente nel Comune di _____ via _____

n. _____ (di cui si allega documento di identità per delega)

DICHIARA

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

- Persona affetta da disagio sanitario non temporaneo che comporta la necessità di smaltire ogni giorno uno o più dei seguenti rifiuti: pannoloni, cateteri, sacche per dializzati, sacche per stomizzati, traverse e altro
- Bambino di età inferiore a 30 mesi, 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 (comunicandolo ad Econet) al decadere delle stesse.

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

Allega:

- Copia del proprio documento d'identità
- Copia del documento di identità del delegante (solo in caso di delega)
- Idonea certificazione medica attestante il disagio sanitario dichiarato (stessa documentazione che dà diritto al ritiro agevolato di pannoloni e altri presidi medici)
- Codice fiscale del bambino/a (in caso di richiesta per lo smaltimento dei pannolini)

Data _____ Firma _____

Acconsento al trattamento dei dati personali, ai sensi della Legge n. 196/2003 e successive modificazioni.

Luogo e data _____ Firma _____