



## RICHIESTA DI ACCESSO AL SERVIZIO AGGIUNTIVO DI RACCOLTA DOMICILIARE DI PANNOLINI/PANNOLONI

COMUNE DI \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente o domiciliato/a nel

Comune di \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### RICHIEDE

per sé o uno o più componenti del nucleo familiare le cui generalità vengono di seguito indicate;

per uno o più familiari le cui generalità e domicili vengono di seguito indicati:

**Nome e Cognome:** \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

**a** \_\_\_\_\_ **Codice Fiscale:** \_\_\_\_\_

**Rapporto di parentela:** \_\_\_\_\_

**Indirizzo di ritiro:** \_\_\_\_\_

**il cui indirizzo di ritiro è il seguente:** \_\_\_\_\_

Per la struttura adibita a asilo nido/casa per anziani denominata \_\_\_\_\_

il cui indirizzo di ritiro è il seguente: \_\_\_\_\_

il servizio di raccolta domiciliare aggiuntiva di pannolini, pannoloni, traverse o altri rifiuti simili da effettuarsi nei giorni indicati dalla Società incaricata per il servizio

## A TAL FINE

Consapevole delle sanzioni penali di cui agli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria personale responsabilità,

## DICHIARA

- che il beneficiario di tale richiesta appartiene alla seguente categoria:
  - Persone affetta da particolare patologia;
  - Neonati aventi un'età compresa tra 0 e 36 mesi (Data compimento 3° anno: \_\_\_\_\_);
  - Struttura adibita a \_\_\_\_\_
- di aver preso visione dell'informativa sulla riservatezza posta in calce al presente modulo e di essere consapevole che dati forniti con la presente domanda contengono elementi atti a rivelare lo stato di salute del richiedente e vengono per tanto ritenuti "sensibili";
- di impegnarsi a rispettare i regolamenti relativi alla raccolta differenziata e dunque a esporre i propri rifiuti negli orari indicati per il servizio come da calendario;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente il venir meno dei requisiti necessari per poter così permettere ad altri cittadini di accedere al servizio. La mancata segnalazione implica le sanzioni previste dai regolamenti comunali e dalle ordinanze sindacali in materia di igiene urbana;
- di rendersi disponibile a dimostrare, su richiesta degli uffici, l'effettiva appartenenza alle categorie beneficiarie presentando eventuale apposita documentazione medica.

**Luogo e data**

**firma**

- **Si allega alla presente dichiarazione copia del documento d'identità in corso di validità di cui si riportano gli estremi: Doc. Identità. n° \_\_\_\_\_ rilasciato dal comune di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;**
- **La dichiarazione e l'allegato documento di identità dovranno essere consegnati esclusivamente al comune di riferimento.**
- **Il servizio richiesto verrà attivato entro sette giorni dalla data di ricezione da parte degli uffici dell'Unione.**

