

Oggetto: RICHIESTA VUOTATURA PER TESSILI SANITARI.

Il/la Sottoscritto/a , Cognome _____ Nome _____
Nato/a il ____/____/____ C.F. _____ Residente nel
Comune di Custonaci nella Via _____ n° _____
Tel/Cell _____ email _____

Iscritto/a nel ruolo comunale della TARI al n. _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

<input type="radio"/>	Di avere n° ____ familiari ovvero soggetti utilizzatori di prodotti tessili sanitari (<i>pannoloni e traverse</i>)
<input type="radio"/>	Che nel proprio stato di famiglia sono presenti n° ____ bambini di età inferiore ai 30 mesi

PER CUI RICHIEDE

Una vuotatura della dotazione in uso da effettuarsi nelle giornate calendarizzate della raccolta porta a porta dei rifiuti nella Via _____ n° _____ - Custonaci.

Lo/a scrivente si impegna a comunicare in modo tempestivo la cessazione di tale richiesta.

Custonaci, _____ Firma del richiedente _____

*Allegare copia del documento di identità del richiedente, copia del documento di identità del soggetto utilizzatore di prodotti tessili sanitari se diverso dal richiedente e copia autorizzazione ASP - presidi sanitari .

La presente domanda, sottoscritta dal richiedente, può essere presentata all'Ufficio Protocollo del Comune di Custonaci o inviata alla PEC dell'Ente comunecustonaci@pec.it