D&D Ecologia S.C.a R.L.

MODULO DI RICHIESTA SERVIZIO AGGIUNTIVO DI RACCOLTA

Pannolini e pannoloni - utenze domestiche - Comune di Artena

Destinatario	Al Gestore del Servizio di Igiene Urbana del Comune di Artena
Per conoscenza	Al Comune di Artena - Ufficio Ambiente
Oggetto	Richiesta di attivazione / rinnovo / variazione del servizio aggiuntivo per il conferimento di pannolini e pannoloni

1. DATI DEL RICHIEDENTE / INTESTATARIO UTENZA

Cognome e nome / Ragione familiare	_____	**Codice fiscale**	_____
Residente in via/piazza	_____	**n.**	_____
CAP	_____	**Comune**	Artena (RM)
Telefono	_____	**E-mail**	_____
Codice utenza TARI / riferimento servizio	_____	**Numero componenti nucleo**	_____

2. TIPOLOGIA DI RICHIESTA

☐ Attivazione del servizio

☐ Rinnovo / conferma del servizio

☐ Variazione dei dati

☐ Cessazione del servizio

3. MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA

Il/La sottoscritto/a dichiara che presso l'utenza sopra indicata vi è la necessità di conferire assorbenti igienici costituiti da:

☐ pannolini per minore di età fino a 3 anni

☐ pannoloni / ausili assorbenti per persona con esigenze sanitarie o assistenziali continuative

Nominativo del beneficiario (se diverso dall'intestatario utenza):

_____

Data di nascita / età: _____ **Relazione con il richiedente:**

_____

4. DICHIARAZIONI

1. di essere residente o intestatario di utenza domestica attiva nel Comune di Artena;

2. di richiedere l'attivazione del servizio aggiuntivo per il corretto conferimento di pannolini e/o pannoloni, secondo le modalità previste dal gestore del servizio;

3. di impegnarsi a utilizzare il servizio esclusivamente per i rifiuti indicati nella presente richiesta;

4. di comunicare tempestivamente ogni variazione o cessazione dei presupposti che danno diritto al servizio;

5. di essere consapevole che il Comune e/o il Gestore potranno effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

5. ALLEGATI

☐ Copia del documento di identità del richiedente

☐ Copia tessera sanitaria del beneficiario (se diverso dal richiedente)

☐ Certificazione / attestazione medica oppure autocertificazione nei casi consentiti

☐ Altro: _____

6. PRIVACY E FIRMA

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali resa ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e della normativa vigente.

Luogo e data **Firma del richiedente**

_____ _____

Spazio riservato al Gestore / Ufficio

Protocollo / pratica n. _____

Data ricezione _____

Esito _____

Note _____