



RICHIESTA CONTENITORE AGGIUNTIVO
PER PANNOLINI, PANNOLONI E RIFIUTI SANITARI CONTINUATIVI

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

Richiedente:

Nome e cognome _____

nato a _____ il _____,

codice fiscale _____,

intestatario della bolletta di pagamento della tassa rifiuti, *sotto la propria responsabilità e 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,*

CHIEDE

Un cassonetto aggiuntivo per la raccolta specifica di pannolini o pannoloni o rifiuti sanitari continuativi, dotato di chip, i cui svuotamenti NON andranno in bolletta TARI, per la seguente motivazione:

(barrare uno dei 3 casi che interessa)

- ☐ Presenza nel nucleo familiare di un bambino di età inferiore ai tre anni;
- ☐ Presenza nel nucleo familiare di un soggetto incontinente *(allegare un certificato del medico curante che attesti lo stato di incontinenza o autocertificazione come da modello allegato).*
- ☐ Presenza nel nucleo familiare di un soggetto con patologie (dializzati o stomizzati), che ha necessità di conferire rifiuti sanitari continuativi *(allegare un certificato del medico curante che attesti la particolare patologia o autocertificazione come da modello allegato).*

Beneficiario dell'Agevolazione

Nome e cognome _____

nato a _____ il _____,

codice fiscale _____,

Indirizzo del nucleo familiare dove sarà attivata la raccolta specifica di pannolini/pannoloni/rifiuti sanitari:

via _____

Tel. _____ E-mail _____;

DICHIARA

- In caso di richiesta per bimbi al di sotto dei tre anni, che al compimento del terzo anno il bidone sarà restituito al Comune. In mancanza di ciò verranno computati tutti gli svuotamenti intercorsi dopo il terzo anno.
- In caso di richiesta per anziani o disabili, che il bidone sarà restituito al Comune non appena viene a mancare la necessità. In caso di controlli verranno imputati tutti gli svuotamenti intercorsi dopo che è decaduto il titolo per l'assegnazione.
- Di essere a conoscenza del fatto che il diritto di usufruire del servizio è riservato alle utenze in possesso di concrete e motivate esigenze e che l'utilizzo improprio del servizio potrà essere sanzionato.
- di aver preso visione della Informativa privacy trattamento "Servizio raccolta rifiuti" presente nella sezione "Privacy" del Sito internet www.comune.sovizzo.vi.it.

Data

Firma del richiedente

Allegati

1) copia del documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore;

2) *spuntare il documento allegato:*

- ☐ copia del certificato medico curante attestante lo stato di incontinenza (per raccolta pannoloni);
- ☐ copia del certificato medico curante attestante la patologia (per raccolta rifiuti sanitari continuativi);
- ☐ Autocertificazione.

Informativa sulla protezione dei dati personali ex artt. 13 e 14 Reg. (UE) 679/2016 disponibile sul sito web dell'ente www.comune.sovizzo.vi.it, sezione "Privacy".

ISTRUZIONI PER L'UTENTE

Pannolini, pannoloni e rifiuti sanitari vanno conferiti nel contenitore (senza altri rifiuti) in un sacchetto generico chiuso.

Attenzione: nel contenitore NON DEVONO ESSERE INSERITI ALTRI RIFIUTI.

**ALLEGATO al modulo di richiesta contenitore aggiuntivo per rifiuto secco.
AUTOCERTIFICAZIONE**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ (prov. _____), il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Codice fiscale _____, Recapito telefonico _____

Da compilare qualora l'istanza non venga presentata dal diretto interessato:

Rende la presente autocertificazione per il signor/a _____

Nato/a _____ (prov. _____), il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Codice fiscale _____ Recapito telefonico _____

In qualità di:

- ☐ Familiare
- ☐ Convivente
- ☐ Amministratore di sostegno (estremi decreto _____)
- ☐ Altro _____

CONSAPEVOLE

delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, ovvero di formazione od utilizzo di atti falsi,

CERTIFICA

Di avere la necessità per se stesso o per conto del sopra indicato beneficiario di un cassonetto aggiuntivo per la raccolta specifica di pannoloni o rifiuti sanitari continuativi.

COMUNICA

Il nominativo del medico curante del beneficiario dell'agevolazione, per eventuali verifiche:

Dott. _____

Sede Ambulatorio _____

FIRMA

Il richiedente – dichiarante
