COMUNE DI CASTELCOVATI

Via Chiari, 60
25030 CASTELCOVATI (BS)

UFFICIO TRIBUTI
Telefono: 030.7080319
Fax: 030.7080304
e-mail: protocollo@pec.comune.castelcovati.bs.it

MODULO PER ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RACCOLTA RIFIUTI TESSILI E SANITARI

(PANNOLINI E/O TRAVERSE)

INTESTATARIO BOLLETTA DOMESTICA _____

Il/la sottoscritto/a_____ nato/a a _____

in data _____C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| tel _____

residente a Castelcovati in via _____

DICHIARA

- Di avere nel proprio nucleo famigliare uno o più figli di età inferiore ai tre anni :

Nome e Cognome (Bambino)	Data di Nascita	Codice Fiscale
_____	_____	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
_____	_____	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
_____	_____	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

- Di avere nel proprio nucleo famigliare anziani o persone affette da handicap che utilizzano pannolini e/o traverse (allego certificazione medica)

Nome e Cognome (Anziano e/o disabile)	Codice Fiscale
_____	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
_____	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

RICHIEDE L'IMPLEMENTAZIONE DEL SERVIZIO COME SEGUE:

☒ attivazione del servizio di raccolta porta a porta per il ritiro dei rifiuti tessili e sanitari (pannolini e/o traverse)

DATA _____ FIRMA _____