

## **ADESIONE AL SERVIZIO SUPPLEMENTARE DI RACCOLTA DI PANNOLINI E PANNOLONI**

Il/La sottoscritto/a .....  
C.F. .... nato/a a .....  
il ..... e residente a ..... indirizzo: via/piazza  
..... n. .... CAP ..... tel. ....

### **CHIEDE L'ADESIONE AL SERVIZIO SUPPLEMENTARE DI RACCOLTA DEI RIFIUTI URBANI COSTITUITI DA PANNOLINI E/O PANNOLONI**

#### **A tal fine dichiara**

#### **A) che presso l'utenza risiedono:**

n° ..... bambino/i di età inferiore a tre anni

nome / cognome ..... data di nascita .....

codice fiscale .....

nome / cognome ..... data di nascita .....

codice fiscale .....

nome / cognome ..... data di nascita .....

codice fiscale .....

nome / cognome ..... data di nascita .....

codice fiscale .....

---

n° ..... persone con problemi di incontinenza e/o altre patologie

nome / cognome ..... data di nascita .....

nome / cognome ..... data di nascita .....

nome / cognome ..... data di nascita .....

nome / cognome ..... data di nascita .....

*Alla presente allega copia del certificato medico ovvero autocertificazione attinente gli ausili per l'incontinenza (solo nell'ipotesi di persone con problemi di incontinenza e/o altre patologie).*

- B)** di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che comportino la modifica del servizio e/o la cessazione dello stesso.
- C)** di essere consapevole che l'eventuale mancato utilizzo del servizio per oltre cinque turni di raccolta consecutivi, comporterà l'automatica sospensione del servizio stesso;
- D)** di aver preso visione, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, dell'informativa presente sul retro del presente modulo riguardante il trattamento dei dati personali e sensibili forniti ed esprime il proprio consenso al trattamento degli stessi con le modalità e per le finalità sopra esplicitate.

Cagliari, .....

FIRMA (leggibile)

.....

*(allegare alla presente copia del documento di identità del dichiarante e del titolare dell'utenza)*

***N.B. la fornitura consegnata deve essere sufficiente per 12 mesi.***

IL TURNO AGGIUNTIVO DI RACCOLTA PANNI SARÀ ATTIVO DALLA SECONDA SETTIMANA SUCCESSIVA ALLA DATA ODIERNA.

OPERATORE CHE HA GESTITO LA PRATICA	
Nome .....	Data .....
Cognome .....	..... firma (leggibile)