

AL COMUNE DI OTRANTO
Settore Urbanistica - Servizio Ambiente

Piazza Alcide De Gasperi n. 1

73028 – OTRANTO (LE)

protocollo.comune.otranto@pec.rupar.puglia.it

ambiente@comune.otranto.le.it

Oggetto: Richiesta attivazione servizio straordinario per la raccolta domiciliare di pannolini/pannoloni

Il/La sottoscritto/a [Nome e Cognome] _____

Nato/a a [luogo di nascita] _____ il [data di nascita] _____

Residente in [indirizzo completo] _____

Codice Fiscale: _____

Documento [tipologia] _____ n° _____

Telefono: _____ Email: _____

Tipologia utente: _____

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, ai sensi degli Artt. 46 e 47 -D.P.R. 28/12/2000 n. 445,

DICHIARA

- di essere residente o domiciliato presso l'abitazione per la quale si richiede il servizio;
- di conoscere e accettare le disposizioni del regolamento comunale in materia di gestione dei rifiuti e le modalità di conferimento previste per il servizio richiesto;
- di trovarsi in una delle seguenti condizioni che rendono necessario il servizio straordinario di raccolta:
 - ☐ presenza di neonato/i nel nucleo familiare;
 - ☐ presenza di anziano/i o persona/e non autosufficienti;
 - ☐ presenza di soggetti sottoposti a trattamenti radioterapici o in terapia con farmaci citotossici/chemioterapici;
 - ☐ altra motivazione sanitaria (specificare): _____;

- di essere informato che la presente richiesta, se accolta, ha validità sei mesi, con possibilità di rinnovo mediante nuova istanza.

CHIEDE

di poter usufruire del servizio straordinario di raccolta domiciliare di:

- ☐ pannolini/pannoloni
- ☐ altro [specificare] _____

presso l'abitazione sita in via [indirizzo completo] _____

A tal fine allega la documentazione comprovante [es. stato di famiglia/certificato di nascita certificato medico, certificato INPS, autocertificazione, dichiarazione struttura sanitaria, ecc.].

- ☐ stato di famiglia / certificato di nascita
- ☐ certificato medico / certificato INPS
- ☐ autocertificazione
- ☐ dichiarazione della struttura sanitaria
- ☐ altro [specificare] _____

Il/La sottoscritto/a si impegna a:

- rispettare le modalità di conferimento stabilite dal Comune di Otranto;
- consentire il corretto svolgimento del servizio presso il proprio domicilio;
- comunicare eventuali variazioni che comportino la cessazione del diritto al servizio straordinario.

Otranto, [data] _____

Firma del richiedente

Ai sensi della D. Lgs n. 196/2003 e s.m.i., autorizzo l'Amministrazione Comunale di Otranto a raccogliere e trattare i dati personali qui forniti per le finalità di cui alla domanda. Le medesime informazioni potranno essere comunicate alle Amministrazioni pubbliche interessate al procedimento ed agli altri soggetti che ne abbiano diritto ai sensi della vigente normativa in materia.

Otranto, [data] _____

Firma del richiedente

Compilare in caso di delega

Il/La sottoscritto/a [Nome e Cognome] _____

delega alla presentazione della presente richiesta

il Sig/Sig.ra [Nome e Cognome] _____

Nato/a a [luogo di nascita] _____ il [data di nascita] _____

Residente in [indirizzo completo] _____

Codice Fiscale: _____

Documento [tipologia] _____ n° _____

Otranto, [data] _____

Firma del richiedente

N.B. Allegare fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente e dell'eventuale delegato