Comune di Villanuova sul Clisi Provincia di Brescia

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 Villanuova sul Clisi in via _____

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
_____	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
_____	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DATA _____ FIRMA _____