



Comune di Sala Baganza

UFFICIO TRIBUTI



SERVIZIO DI RACCOLTA RIFIUTI – MISURAZIONE PUNTUALE

Domanda di agevolazione per uso presidi medico-sanitari (Art.17.14 Regolamento Tariffa rifiuti corrispettiva)

Si richiede il riconoscimento delle agevolazioni previste dall'art.17.14 del vigente Regolamento per la disciplina della Tariffa rifiuti corrispettiva

a partire dal _____

DATI DELLA PERSONA CHE UTILIZZA I PRESIDII SANITARI (deve essere residente nel Comune)

COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA

DATI DELL'INTESTATARIO DELL'UTENZA DOMESTICA DEL SERVIZIO RIFIUTI COLLEGATA

COGNOME E NOME	INDIRIZZO	NUMERO CLIENTE (da bolletta)

DATI DEL RICHIEDENTE (chi materialmente deposita la richiesta)

COGNOME E NOME	GRADO DI PARENTELA	CONTATTO TELEFONICO

Si dichiara che il soggetto interessato dall'uso dei presidi medico-sanitari compare nello stesso Stato di Famiglia dell'intestatario dell'utenza domestica sopra indicata e non è attualmente domiciliato come ospite permanente presso strutture medico-sanitarie o case protette.

Documentazione allegata comprovante l'utilizzo di presidi medico-sanitari:

Sala Baganza lì , _____

Firma del richiedente
