

COMUNE DI CASTELLETTO SOPRA TICINO  
SERVIZIO RACCOLTA RIFIUTI  
**GESTIONE AGEVOLAZIONI**

<b>UTENZA DOMESTICA</b>	<b>numero tessera</b>
Cognome _____	Nome _____
Codice Fiscale _____	Tel _____
Via ubicaz.immobile _____	n° _____ CAP _____
Comune _____	Prov _____

Il sottoscritto, titolare dell'utenza di cui sopra, consapevole della  
responsabilità derivante da dichiarazioni false,

dichiara, per l'anno 2017-2018

la necessità di fornitura gratuita di sacchi conformi per uno o più dei  
seguenti motivi:

Ha bambini a carico in numero di \_\_\_ con età di mesi \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
**(Agevolazione valida fino a 36 mesi);**

Ha persone adulte a carico in numero di \_\_\_\_\_ aventi necessità di presidi sanitari;  
(pannoloni, traverse, ecc)

Autorizzo il trattamento dei dati personali, ai sensi della Legge n. 196/2003 e succ. modificazioni.

Data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_