



RICHIESTA DI RACCOLTA SETTIMANALE DEL RIFIUTO SECCO NON RICICLABILE

Il sottoscritto (nome e cognome) _____

cod. anagrafico _____ cod. servizio _____

Nato a _____ il _____ e residente a Borgoricco

in via _____ n° _____ in qualità di

(titolare/familiare/convivente/delegato/altro) _____ per l'utenza domestica

sita in via _____

Tel./cell. _____ (obbligatorio)

Indirizzo e-mail _____

CHIEDE

l'attivazione del servizio settimanale di raccolta del rifiuto secco non riciclabile per:

(barrare l'opzione scelta)

- minori di età inferiore a tre anni *
NOME e COGNOME _____ (obbligatori)
DATA DI NASCITA __/__/____ (obbligatoria) LUOGO DI NASCITA _____ (obbligatorio)

* Dal compimento del terzo anno di età, cesserà il servizio di svuotamento settimanale gratuito. Il servizio riprenderà secondo la frequenza prevista nel calendario della raccolta differenziata ed eventuali svuotamenti aggiuntivi saranno addebitati automaticamente nella prima bolletta utile secondo le modalità previste dal Piano Finanziario dei rifiuti, a partire dal compimento del terzo anno di età del bambino.

- anziani/non autosufficienti
NOME e COGNOME _____ (obbligatori)
- diversamente abili
NOME e COGNOME _____ (obbligatori)

In base a quanto disposto dall'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000.

DICHIARA

Di essere a conoscenza della sanzioni amministrative e penali che conseguono a false dichiarazioni, di cui agli artt. 75 (decadenza dei benefici) e 76 (norme penali) del D.P.R. n. 445/2000.

Data _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

NB: EVENTUALI SUCCESSIVE VARIAZIONI CHE MODIFICANO QUANTO DICHIARATO, DOVRANNO ESSERE TEMPESTIVAMENTE COMUNICATE PENA LA DECADENZA DELLE AGEVOLAZIONI ACCORDATE.

LA RACCOLTA AGGIUNTIVA SI RIFERISCE ESCLUSIVAMENTE AL RIFIUTO PRODOTTO DAL CASO INTERESSATO (ES. MINORI CON PRODUZIONE DI PANNOLINI E RIFIUTI CORRELATI).

IL PRESENTE MODULO POTRA' ESSERE RICONSEGNA TO A SCELTA

- **ALLO SPORTELLO CLIENTI DI ETRA** A VIGONZA IN VIA GRANDI 52 (dal lunedì al venerdì 8.30-13, 14.30-17);
- INVIATO **VIA FAX** ALLEGANDO COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' AD ETRA AL N. 049/8098701;
- SPEDITO **TRAMITE POSTA** AD ETRA – VIA DEL TELAROLO 9 - 35013 CITTADELLA (PD).
- INVIATO **VIA MAIL** A ETRA A: info@etraspa.it.