



COMUNE DI SANT'ANTONIO ABATE

CITTA' METROPOLITANA DI NAPOLI
Piazza Don Mosè Mascolo C.a.p. 80057
Tel. 081/3911211 – fax 081/8797793

RICHIEDA ATTIVAZIONE SERVIZIO RITIRO PANNOLINI - PANNOLONI

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(Ex art. 46 del D.P.R. 28.12.00 n. 445)

Il sottoscritto....., nato a.....,
il....., residente a....., in via....., codice
fiscale, partita IVA.....
tel (obbligatorio)..... titolare dell'utenza
☐ domestica
☐ non domestica
sita in Via....., n.....

RICHIEDE

L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI RACCOLTA DI PANNOLINI E PANNOLONI E TRAVERSE SALVA LETTO CON CONFERIMENTO IL MERCOLEDÌ SERA.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi dell'art. 39 dello stesso D.R.P.,

DICHIARA

1. che l'utenza sopra indicata produce i rifiuti in oggetto:

- ☐ in quanto scuola dell'infanzia
- ☐ in quanto casa di riposo
- ☐ utilizzati per uno o più bambini di età inferiore a 3 anni (anno di nascita.....)
- ☐ utilizzati per uno o più soggetti conviventi muniti di specifica prescrizione medica.

2. di richiedere il presente servizio per:

- ☐ persona appartenente al proprio nucleo familiare
- ☐ persona NON appartenente al proprio nucleo familiare di cui si specifica:
Nome.....Cognome.....nato a
il.....residente ain via N.....

3. di essere consapevole che il conferimento di rifiuti diversi da quelli in oggetto, nell'ambito del servizio a richiesta, comporterà l'applicazione delle sanzioni di legge e la sospensione del servizio.

4. di impegnarsi a comunicare la cessazione delle condizioni indicate al punto 1.

Si ricorda che:

- le condizioni legate all'utilizzo di pannolini sono valide fino al compimento dei **tre anni di età**.
- I sacchi contenenti pannolini e pannoloni vanno conferiti il **mercoledì sera** e devono essere esposti sulla via pubblica davanti al numero civico entro le ore 24,00. E' possibile conferire i pannoloni/pannolini anche nel rifiuto secco indifferenziato.
- il servizio in oggetto sarà attivato entro 10 giorni dall'esito positivo dei requisiti sopra dichiarati.

Data

Firma

.....

.....

NB: Allegare copia del documento di riconoscimento del dichiarante e, nel caso di persone anziane e/o componenti affetti da malattie di lunga degenza, di specifica prescrizione medica.