

**Autocertificazione per la dichiarazione ai fini della richiesta di fornitura sacchi aggiuntivi per lo smaltimento di rifiuti costituiti da presidi sanitari.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di intestatario tariffa rifiuti della seguente utenza domestica sita in **Massalengo**

in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

Di poter usufruire della fornitura aggiuntiva prevista per le utenze domestiche nel cui nucleo familiare siano presenti una o più persone che utilizzano presidi sanitari.

Inoltre, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti con addebito dei costi indebitamente non corrisposti, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

1. Che nel proprio nucleo familiare sono presenti le seguenti persone che utilizzano presidi sanitari:

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE

2. Che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa al numero degli stessi, per l'adeguamento dell'agevolazione concessa.
3. Di essere a conoscenza che il Comune provvederà a verificare a campione l'attendibilità della presente dichiarazione tramite copia del "piano terapeutico" o "certificato del medico curante".

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196 "codice in materia di protezione dei dati personali" ai fini della richiesta in oggetto.

I dati forniti verranno raccolti, trattati e conservati mediante supporto cartaceo e/o digitale ai soli fini della gestione del servizio.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_