

**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 decaduta 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 _____