



COMUNE DI ENDINE GAIANO

PROVINCIA DI BERGAMO

SEDE: VIA FRANCESCO NULLO - TEL. 035 825005 - FAX 035 827221 - PARTITA IVA 00670550169 - C.A.P. 24060

Modulo di auto-certificazione dotazioni extra di sacchi per conferimento rifiuti.

- 6 rotoli extra per ogni persona che utilizza presidi medici per l'assorbimento.

Il/la sottoscritto/a _____

intestatario / componente dell'utenza sita in Endine Gaiano,
via _____, n. _____

C.I. n. _____

consapevole delle responsabilità penali in cui incorre chi fornisce dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. N. 445/2000

Dichiara che:

nel proprio nucleo familiare ci sono n. _____ adulti che utilizzano, in maniera continuativa, presidi medici per l'assorbimento.

Chiede

la consegna di n. _____ sacchi rossi, quale dotazioni aggiuntiva, per la raccolta indifferenziata di ausili sanitari.

Data _____

Firma

Allegare fotocopia carta d'identità