



Comune di Concesio

RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO DI RACCOLTA DI PANNOLINI, PANNOLONI E TRAVERSE SALVA LETTO

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(Ex art. 46 del D.P.R. 28.12.00 n .445)

La/il sottoscritta/o (*intestatario utenza*) _____

Utenza in Via _____ n° _____ a Concesio (BS)

Tel.: _____ e-mail _____

Con la presente **RICHIEDE** l'**attivazione del servizio di raccolta di pannolini, pannoloni e traverse salva letto** e **DICHIARA** di avere diritto al servizio in quanto in possesso del seguente requisito:

- Bambini di età inferiore ai 3 anni:

Cognome e Nome	Data di nascita

- Anziani/disabili – per altra motivazione specificare: _____

Cognome e Nome	Data di nascita

Firma del dichiarante

Concesio, li _____
