



MD ATST15 ATTIVAZIONE/VARIAZIONE SERVIZIO RACCOLTA RIFIUTI URBANI

REDAZIONE	VERIFICA	REVISIONE	DATA
U.O. PROG	DIR. AT	0	26/05/2016

DATI UNITÀ LOCALE:

COMUNE: _____
LOCALITÀ: _____
INDIRIZZO: _____
MQ: _____

Da compilare a cura del Gestore

CODICE UTENZA:

LOCALIZZAZIONE:

DATI UTENZA DOMESTICA:

COGNOME: _____
NOME: _____
CODICE FISCALE: _____
INDIRIZZO DI RESIDENZA: _____
RECAPITO TELEFONICO: _____
INDIRIZZO EMAIL: _____

DATI UTENZA NON DOMESTICA:

DENOMINAZIONE/RAGIONE SOCIALE: _____
CODICE FISCALE/PARTITA IVA: _____
CATEGORIA: _____
DESCRIZIONE ATTIVITÀ: _____

SOGGETTO RICHIEDENTE:

IN QUALITÀ DI: _____
COGNOME: _____
NOME: _____
CODICE FISCALE: _____
RECAPITO TELEFONICO: _____
INDIRIZZO EMAIL: _____

TIPOLOGIA DI RICHIESTA		NOTE
<input type="checkbox"/>	PRIMA ATTIVAZIONE	
<input type="checkbox"/>	VARIAZIONE	Utente Precedente:
<input type="checkbox"/>	CESSAZIONE	

NOTE: _____

DICHIARAZIONE

L'utente dichiara di aver compilato il presente modulo e che quanto in esso espresso è vero ed è documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti, ed è consapevole che qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della denuncia, l'utente decade dai benefici eventualmente ottenuti sulla base della denuncia non veritiera.

L'utente è consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

L'utente dichiara di impegnarsi a rispettare tutte le norme regolamentari che regolano il servizio di raccolta rifiuti emanate da parte del Comune e dal Gestore del Servizio.

Data: _____ Firma del Soggetto richiedente: _____

La presentazione della presente richiesta di attivazione può avvenire nei seguenti modi:

- consegna diretta con visione di idoneo documento di identità e codice fiscale presso il Centro di Raccolta o Stazione Ecologica di riferimento (visionabile sul sito www.seitoscana.it);
- invio a mezzo posta elettronica (ai sensi del D.Lgs. 82/2005 e s.m.i.) all'indirizzo attivazioni.trequanda@seitoscana.it con allegata fotocopia di documento d'identità e codice fiscale.

DA COMPILARE A CURA DEL GESTORE

TIPOLOGIA KIT ASSEGNATO: _____

APPROVAZIONE: SI NO Note: _____ Data: _____

_____ Firma: _____

CONSEGNA KIT: Data: _____ Nominativo: _____ Firma: _____

VALIDAZIONE: Data: _____ Nominativo: _____ Firma: _____

Informativa sul trattamento dei dati personali visibile all'indirizzo www.seitoscana.it