SERVIZIO DI RACCOLTA RIFIUTI – MISURAZIONE PUNTUALE

Domanda di agevolazione per uso presidi medico-sanitari

Il/la Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

C.Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Email/PEC _____

Tel. _____ cell. _____

intestatario dell'utenza domestica TARI numero contribuente _____ riferita alla unità immobiliare situata in Quattro Castella via _____ n. ____

CHIEDE

il riconoscimento delle agevolazioni previste dal Regolamento TARI del Comune di Quattro Castella sulla tariffa puntuale del rifiuto indifferenziato, per la presenza nel nucleo familiare di un soggetto che utilizza presidi sanitari specifici (ausili per incontinenza e stomie) **dalla data** _____ .

A tale scopo, consapevole che chi rilascia una dichiarazione falsa, anche in parte, perde i benefici eventualmente conseguiti e subisce sanzioni penali come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato DPR 445/2000

DICHIARA

☐	Di essere autorizzato e supportato dall'AUSL di Reggio Emilia alla ricezione e fornitura di presidi medico sanitari
☐	Che il soggetto presente nel proprio nucleo familiare anagrafico che utilizza i presidi sanitari è (Cognome e nome) _____ nato a _____ il _____ C. Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
☐	Che il soggetto avuto in affido familiare che utilizza i presidi sanitari è (Cognome e nome) _____ nato a _____ il _____ C. Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

- Che il soggetto sopra indicato non è ricoverato in strutture medico-sanitarie o in case protette;
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente, e comunque entro 60 giorni dall'evento, qualsiasi variazione intervenuta che possa incidere sull'agevolazione suddetta.

ALLEGA

A) Copia di un documento di identità in corso di validità

B) La seguente documentazione comprovante l'utilizzo di presidi medico-sanitari (in alternativa):

☐ Certificazione dell'AUSL o del medico curante

☐ Bolle di consegna materiale sanitario

☐ Altro _____

Quattro Castella, _____ Firma del richiedente _____

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AGEVOLAZIONE

La domanda di agevolazione, sottoscritta dal richiedente, può essere presentata:

- **allo Sportello Sociale presso la Casa della Salute in via Amendola n. 1 a Puianello**
- **alla Casa del Volontariato in Via F.lli Cervi n. 4 a Montecavolo**
- **all'Ufficio Tributi del Comune di Quattro Castella, Piazza Dante n. 1 a Quattro castella**
- **tramite PEC: quattrocastella@cert.provincia.re.it**

In ottemperanza a quanto stabilito dall'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"), i dati personali contenuti nel presente modulo potranno essere forniti alla Società Iren Ambiente s.p.a., per i fini di cui sopra. Il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Quattro Castella, Iren Ambiente è Responsabile del trattamento. Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'ottenimento della agevolazione tariffaria. Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 in particolare riguardo ai diritti da me riconosciuti dalla legge ex art. 7 D.Lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità sopra indicate.

Quattro Castella, _____ Firma del richiedente _____