

Richiedente

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____

Via _____ n. _____ interno _____

Telefono _____ E-mail _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Consapevole che ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

Richiede **la riduzione della tariffa rifiuti** per le seguenti **persone**, che per motivi di salute certificati dal medico curante sono affetti da incontinenza:

cognome e nome: _____

e che risiedono al seguente indirizzo:

Annotazioni:

Data: _____ Firma: _____

Allegato: Fotocopia documento d'identità valido

Fotocopia della tessera per i presidi emessa dall'azienda sanitaria

Letta l'informativa in merito al trattamento dei dati personali redatta ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 dichiaro di prestare il consenso al trattamento dei miei dati personali di natura particolare sensibile da parte di SEAB S.p.A. (Titolare del trattamento) al fine di dare seguito alla richiesta di riduzione della tariffa rifiuti. Per l' informativa completa si prega di consultare il sito web www.seab.bz.it alla sezione [Privacy](#).

Data e firma _____