Tariffa rifiuti

ambiente umwelt

Utenze domestiche
Richiesta di volume aggiuntivo

Gentile Cliente,
La preghiamo di compilare il presente modulo in ogni sua parte. In caso di compilazione parziale potrebbe non essere possibile completare la Sua pratica. La preghiamo inoltre di indicare un numero di telefono e un indirizzo e-mail al quale poterLa contattare in caso di necessità.

Io sottoscritto/a intestatario/a dell'utenza: _____

_____

nato/a a: _____

nato/a il: _____

codice fiscale:

residente a: _____

via, n., interno: _____

_____

tel./cell.: _____

e-mail: _____

consapevole che ai sensi dell'art. 76 del D.P.R del 28/12/2000, n. 445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, **RICHIEDO** per i **locali sotto indicati**

indirizzo: _____

_____

comune catastale: _____

cod. c.c.: _____ foglio: _____

particella edilizia: _____ sub.: _____

- ☐ proprietario
- ☐ usufruttuario
- ☐ altro
- ☐ legale rappresentante
- ☐ affittuario

un **volume di rifiuto residuo aggiuntivo di 1.300 litri*** a persona per le seguenti **persone residenti nei locali sopra indicati**, che per motivi di salute certificati dal medico curante utilizzano pannoloni:

nome e cognome: _____

_____

_____

Importante:
*la presente agevolazione non è una riduzione tariffaria ma un aumento dei litri contenuti nella tariffa minima. Nel caso di persone residenti in condominio il volume aggiuntivo viene registrato sul bidone condominiale.

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 volume aggiuntivo. Per l'informativa completa si prega di consultare il sito web www.seab.bz.it **alla sezione** Privacy**.**

Data _____

Firma _____

Inviare a:
SEAB S.p.A., via Lancia 4A, 39100 Bolzano
info@seab.bz.it, fax: 0471/541767

Per informazioni:
800 013 066

data, firma: _____

allegati: fotocopia documento di identità valido
certificato medico o fotocopia foglio delle etichette da presentare in farmacia

REV:08/2026