Abfalltarif Haushalt

Antrag um Tarifvergünstigung

Antragsteller/in

Der/die Unterfertigte _____

Geboren in _____ am _____

Wohnhaft in _____

Straße _____ Nr. _____ Zusatz _____

Telefon _____ E-Mail _____

Steuernummer | | | | | | | | | | | | | | | | |

In Kenntnis, dass gemäß Art. 76 des D.P.R. Nr. 445 vom 28. Dezember 2000 für Falschangaben Strafen laut Strafgesetzbuch und einschlägigen Gesetzesbestimmungen vorgesehen sind,

BEANTRAGT die Reduzierung des Mülltarifs für folgende **Personen**, die aus Krankheitsgründen mit ärztlicher Bestätigung an Inkontinenz leiden:

Vor- und Zuname: _____

und die an folgender Adresse wohnhaft sind:

_____

_____

Anmerkungen

_____

_____

Datum _____ Unterschrift _____

Anlage: Gültiger Personalausweis (Fotokopie)
Fotokopie des Ausweises für Hilfsmittel, ausgestellt vom Sanitätsbetrieb

Ich habe die Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Artikel 13 und 14 der EU-Verordnung 2016/679 gelesen und erteile die Zustimmung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten (besondere Kategorien personenbezogener Daten – sensible Daten) von der SEAB AG (Verantwortlicher der Datenverarbeitung), damit der Tarif gesenkt werden kann.

Datum und Unterschrift _____

Weißensteiner Str. 24 39055 Leifers
Tel.: 800 046 119 – Fax.: 0471050872
E-Mail: info@seab.bz.it