



COMUNE DI VIGLIANO BIELLESE

Via Milano, 234 - 13856

Tel. 015-3353857 - e.mail tarip@seabiella.it - tributi@vigliano.info

orario sportello: martedì dalle 9.00 alle 12.00

e giovedì dalle 9.00 alle 16.00 – orario continuato



TARIFFA PUNTUALE CORRISPETTIVA SERVIZIO RACCOLTA E SMALTIMENTO RIFIUTI

RICHIESTA RIDUZIONE PER PATOLOGIA CRONICA

(ai sensi dell'art. 12 comma 3 e 4 del Regolamento relativo all'applicazione della tariffa rifiuti)

Cod. utenza

Cod. contratto

Il/La sottoscritto/a
nato/a il/...../..... residente in
Via n.
Cod. Fisc. tel. cell.
e.mail

DICHIARA CHE

☐ Il/la sottoscritto/a (cognome e nome)

☐ Il componente del nucleo familiare (cognome e nome)

Utilizza ausili sanitari (pannoloni, traverse, ecc...) per patologia cronica dalla data
...../...../.....

☐ COMPROVATO dalla documentazione allegata: ☐ bolla di accompagnamento ☐
certificazione iniziale dell'ASL della fornitura degli ausili ☐ altro

OPPURE

☐ CONFERMATO ☐ dall'ASL ☐ dal medico di famiglia ☐ dal farmacista ☐ altro
Data/...../..... Timbro e firma

Vigliano Biellese,/...../..... FIRMA DICHIARANTE

☐ Allegato documento di identità

☐ Firmato in presenza dell'incaricato comunale/SEAB

Autorizzo il trattamento delle informazioni fornite con la presente comunicazione, per l'istruttoria e le verifiche necessarie (ai sensi del Reg.to UE 2016/679)

Letto, confermato e sottoscritto.

Vigliano Biellese, lì/...../.....

.....

=====

Spazio riservato all'UFFICIO per il ritiro

Data/...../.....

L'addetto incaricato