

Oggetto: Richiesta contributo “quota variabile” smaltimento rifiuti per motivi sanitari

Il/la sottoscritto/o _____ nato/a _____ il - _____ codice fiscale _____
_____ residente a _____ in Via _____

CHIEDE

il rimborso del 50% della “*quota variabile*” della Tariffa rifiuti, oltre gli svuotamenti minimi, applicata ad utenze domestiche in quanto utilizzatore di presidi medici sanitari, come **da allegata** certificazione / ricetta medica.

Si chiede altresì che il contributo venga erogato sul c/c:

IBAN:	
ISTITUTO BANCARIO:	

Nel caso in cui il contributo venga erogato a terza persona

DELEGO*

il Signor _____ nato/a _____ il
_____ codice fiscale _____ residente a _____
_____ in Via _____ n. _____

ad incassare quanto spettante sul c/c:

IBAN:	
ISTITUTO BANCARIO:	

Si informa che ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003, i dati personali sono raccolti dal SERVIZIO SEGRETERIA E FINANZIARIO in esecuzione di un compito o di una funzione di interesse pubblico. I dati sono oggetto di comunicazione e diffusione nei soli casi previsti dalla legge. Titolare del trattamento è l'Ente COMUNE DI VALFLORINAA (e-mail info@comune.valfloriana.tn.it, sito internet comune@pec.comune.valfloriana.tn.it), Responsabile della Protezione dei Dati è il Consorzio dei Comuni Trentini (e-mail servizioRPD@comunitrentini.it, sito internet www.comunitrentini.it). L'informativa completa è a disposizione presso gli uffici comunali e sul sito istituzionale <https://www.comune.valfloriana.tn.it/Privacy> Lei può esercitare il diritto di accesso e gli altri diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679.

Luogo _____ e _____ data _____

Firma richiedente

Firma delegato

*** *allegare documento identità richiedente e delegato***