

Al Responsabile del **Settore Servizi sul Territorio**  
del Comune di Gragnano  
Via Vittorio Veneto n°15 80054 - GRAGNANO (NA)  
PEC: [servizisulterritorio@pec.comune.gragnano.na.it](mailto:servizisulterritorio@pec.comune.gragnano.na.it)  
Tel.: 0818732379

**OGGETTO: Richiesta attivazione SERVIZIO RITIRO PANNOLINI - PANNOLONI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_, mail: \_\_\_\_\_  
C.F: \_\_\_\_\_, oppure Partita IVA \_\_\_\_\_,  
titolare dell'utenza domestica/non domestica (cancellare la voce che non riguarda) sita alla via  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI RACCOLTA DI PANNOLINI E PANNOLONI E TRVERSE SALVA LETTO CON RITIRO IL MERCOLEDÌ MATTINA.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi dell'art. 39 dello stesso D.R.P.,

**DICHIARA**

- 1) che l'utenza sopra indicata produce i rifiuti in oggetto:
  - in quanto scuola dell'infanzia;  in quanto casa di riposo;
  - utilizzati per uno o più bambini di età inferiore a 3 anni (anno di nascita \_\_\_\_\_);
  - utilizzati per uno o più soggetti conviventi di seguito indicato/i, muniti di specifica prescrizione medica e non affetti da patologie trasmissibili attraverso gli escreti prodotti:  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- 2) di essere consapevole che il conferimento di rifiuti diversi da quelli in oggetto, nell'ambito del servizio a richiesta, comporterà l'applicazione delle sanzioni di legge e la sospensione del servizio;
- 3) di impegnarsi a comunicare la cessazione delle condizioni indicate al punto 1.

Si rappresenta che le condizioni legate all'utilizzo di pannolini sono valide normalmente fino al compimento dei tre anni di età. Le buste contenenti pannolini e pannoloni vanno conferite il **lunedì, il mercoledì ed il venerdì sera** e devono essere esposte dalle ore 20:00 alle ore 24:00 dei giorni indicati.

Allega alla presente:

- Copia del documento di identità del richiedente;
- Copia della documentazione comprovante la patologia dichiarata.

**Gragnano,** \_\_\_\_\_

**Il Richiedente**

\_\_\_\_\_