



MD AT ST14 ATTIVAZIONE/DISATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI RACCOLTA TESSILI SANITARI

REDAZIONE	VERIFICA	REVISIONE	DATA
U.O. PROG	DIR. AT	0	09/05/2016

DATI UNITÀ LOCALE:

COMUNE: _____
LOCALITÀ: _____
INDIRIZZO: _____
MQ: _____

Da compilare a cura del Gestore

CODICE UTENZA:

LOCALIZZAZIONE:

DATI SOGGETTO RICHIEDENTE¹ (Utente):

COGNOME: _____
NOME: _____
CODICE FISCALE: _____
TELEFONO: _____
INDIRIZZO MAIL: _____

RICHIESTA:

L'Utente (Soggetto richiedente) CHIEDE la

- ATTIVAZIONE** **DISATTIVAZIONE**

del servizio di raccolta dei Tessili Sanitari (pannolini e pannoloni) per

- BAMBINI CON ETÀ INFERIORE AI 3 ANNI**
 PERSONE DI ETÀ MAGGIORE CON NECESSITÀ
 ALTRO (specificare) _____

¹ Il soggetto richiedente deve coincidere con l'intestatario dell'utenza

