



## 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 RICHIEDENTE<sup>1</sup> (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)** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Il soggetto richiedente deve coincidere con l'intestatario dell'utenza

