

RISCHIESTA ULTERIORE MASTELLO PER IL CONFERIMENTO DI PRESIDI MEDICO SANITARI

Al Comune di Solero

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

CF _____ residente in _____

Tel _____ email _____

in qualità di intestatario e titolare dell'utenza TARI dell'immobile sito in SOLERO

RICHIEDE

l'assegnazione di n. ____ ulteriore mastello per il conferimento di presidi medico sanitari (ausili per incontinenza o altri dispositivi medico sanitari)

ai sensi dell'artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

DICHIARA

☐	Di utilizzare presidi medico sanitari (ausili per incontinenza o altri dispositivi medico sanitari) dalla data _____ e di non essere ricoverato in struttura sanitaria
☐	Che nel proprio stato di famiglia, è inserita la seguente persona: *Cognome _____ *Nome _____ *Nato il ____ / ____ / ____ * C. Fiscale ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ che utilizza presidi medico-sanitari (ausili per incontinenza o altri dispositivi medico sanitari) dalla data _____ e che non è ricoverata in struttura sanitaria
☐	*Cognome _____ *Nome _____ *Nato il ____ / ____ / ____ * C. Fiscale ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ che utilizza presidi medico-sanitari (ausili per incontinenza o altri dispositivi medico sanitari) dalla data _____ e che non è ricoverata in struttura sanitaria

A seguito dell'assegnazione MI IMPEGNO a:

- Confermare entro il 30 gennaio di ogni anno l'effettiva sussistenza delle necessità indicate al momento della richiesta;
- Comunicare entro 60 giorni dall'evento la cessazione delle necessità indicate al momento della richiesta.

IL DICHIARANTE

Data _____
