

**RICHIESTA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI UTILIZZO ISOLA AUTOMATICA "ECOCONTROL"  
PER IL CONFERIMENTO DEI RIFIUTI DIFFERENZIATI PER UTENZA DOMESTICA NON  
RESIDENTE**

Il sottoscritto:

Cognome ..... Nome.....

Residente in..... (.....) cap ..... Via

.....n.c. ....

Codice Fiscale.....

Recapito telefonico ..... E-mail.....

Intestatario dell'utenza TARI relativa alla civile abitazione sita nel territorio del Comune di Castel di Sangro

(Aq) alla Via .....n.c. ....

**CHIEDE**

di essere abilitato all'utilizzo del servizio di conferimento dei rifiuti solidi urbani presso le isole automatiche "Ecocontrol" che il Comune di Castel di Sangro ha posizionato sul territorio comunale, mediante l'attivazione delle stesse a mezzo della propria tessera sanitaria nazionale.

A tal fine, sotto la sua personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**

- ✓ Che l'immobile di cui è proprietario, sito all'indirizzo sopra indicato, è iscritto regolarmente al ruolo per il pagamento della relativa TARI e che, in relazione al pagamento della stessa, il dichiarante non ha alcun insoluto pregresso;
- ✓ Che il luogo di residenza è quello sopra indicato;
- ✓ Di impegnarsi ad utilizzare in modo corretto le ecoisole, conferendovi i rifiuti in modo separato, secondo le diverse categorie merceologiche indicate sulle bocchette delle isole automatiche (carta, plastica, vetro, umido e indifferenziato);
- ✓ Di non cedere a terzi la propria tessera abilitata, limitandosi a conferire i soli rifiuti solidi urbani prodotti nella propria abitazione, sita in Castel di Sangro, come sopra indicata;
- ✓ Di non abbandonare rifiuti a terra qualora l'isola dovesse essere temporaneamente non funzionante (e quindi inutilizzabile), per qualunque motivo;
- ✓ Di autorizzare il Comune di Castel di Sangro al trattamento dei dati personali nel rispetto della L. 196/2003.

Allega alla presente copia del documento in corso di validità e copia della tessera sanitaria nazionale.

Data e Luogo .....

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_