



## **COMUNE DI GAGLIANICO – UFFICIO TRIBUTI**

Via XX Settembre, 10 - GAGLIANICO BI - Tel. 015/8352970

email: [taripgaglianico@seabiella.it](mailto:taripgaglianico@seabiella.it) - Sportello presso il Comune di Gaglianico: a venerdì alternati ogni 2 settimane  
Oppure sportello presso la sede di Seab Spa in Biella, Via Galimberti, 10/a in orari di apertura al pubblico  
come indicato sul sito [www.seab.biella.it](http://www.seab.biella.it)

### **TARIFFA PUNTUALE CORRISPETTIVA**

### **SERVIZIO RACCOLTA E SMALTIMENTO RIFIUTI**

(ai sensi dell'art. 12 comma 3 del Regolamento relativo all'applicazione della tariffa rifiuti)

### **RICHIESTA RIDUZIONE PER PATOLOGIA CRONICA**

Il/La sottoscritto/a .....id Contr. \_| \_| \_| \_| \_| \_|  
nato/a a ..... il ...../...../.....Residente in .....  
Via ..... nr. ....  
Cod. Fisc. ....Tel. ....

### **DICHIARA CHE:**

Il Sottoscritto.....

Il Componente del nucleo familiare.....

utilizza ausili sanitari (pannoloni, traverse, ecc. per patologia cronica. **(Si allega documentazione)**)

E richiede pertanto con la presente la riduzione della parte variabile della Tariffa Puntuale.

**Gaglianico, lì ..... Letto, confermato e sottoscritto.....**

**L'ad detto Seab Spa**

.....

Autorizzo il trattamento delle informazioni fornite con la presente comunicazione, per l'istruttoria e le verifiche necessarie (ai sensi del Reg.to UE 2016/679)

\_\_\_\_\_

**Gaglianico, lì ..... Letto, confermato e sottoscritto.....**