

(al sensi dell'allegato 1A del D.M. 08/04/08)

N° _____ / _____ data _____

Centro di raccolta Poggiogagliardo
56040, Montescudaio
Loc. Poggio Gagliardo
Tel. 0586 76511; Fax 0586 765128

Tipo di rifiuto	C.E.R.	Quantità	pezzi	mc	Tipo di rifiuto	C.E.R.	Quantità	u.m.
ingombranti	20.03.07				R4	20.01.36		pezzi
potature	20.02.01				R5	20.01.21		pezzi
legno	20.01.38				medicinali	20.01.32		pezzi
carta/cartone	20.01.01				olio vegetale	20.01.25		litri
imballaggi misti	15.01.06				olio minerale*	20.01.26		litri
R1	20.01.23		pezzi		pile*	20.01.33		pezzi
R2	20.01.36		pezzi		accumulatori esausti*	20.01.33		pezzi
R3	20.01.35		pezzi					

* solo se conferiti da utenza domestica

UTENZA DOMESTICA

Nome Cognome

Indirizzo

Codice Fiscale

FIRMA.....

UTENZA NON DOMESTICA

Azienda

Indirizzo

P.IVA o Codice Fiscale

Partita Iva

Codice Fiscale

Targa mezzo

FIRMA.....

**** da compilarsi in caso di conferimento da parte di soggetto diverso dalla utenza**

Conferito da ** :

Ragione sociale** :Indirizzo**:.....

P.IVA o Codice Fiscale** :

Targa Mezzo **

per conto dell'utenza** :Indirizzo**:.....

Nome conferitore **FIRMA**.....

FIRMA ADDETTO CENTRO DI RACCOLTA

richiesta copia

DA INVIARE A

Sig. _____

via _____ CAP: _____

Città _____ Prov.: _____

Altri riferimenti (mail)

(tel) (Fax)