



**COMUNE DI FIRENZUOLA**  
CITTÀ METROPOLITANA DI FIRENZE

## **MODULO RITIRO KIT ANTILARVALE DEL COMUNE DI FIRENZUOLA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, codice fiscale: \_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ residente

a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_, con scadenza il \_\_\_\_\_

**RICHIEDE LA CONSEGNA DEL KIT ANTILARVALE GRATUITO**

**A TAL FINE**

**DICHIARA**

(barrare a scelta una delle seguenti dichiarazioni):

- Di essere proprietario o locatario di immobile residenziale (NON in condominio), sito nel Comune di Firenzuola in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,
- Di essere Amministratore/delegato dell'Amministratore del condominio, sito nel Comune di Firenzuola in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_.

Il/la sottoscritto/a dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 Regolamento Europeo n. 679/2016, e presta il proprio consenso a che il Comune di Firenzuola, proceda al trattamento dei suoi dati personali.

**Ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato che allega la fotocopia del proprio documento di identità.**

Firenzuola li \_\_\_\_\_

Il Dichiarante  
\_\_\_\_\_