***RICHIESTA DI SERVIZIO PORTA A PORTA PER LA RACCOLTA DEI CONTENITORI VUOTI E BONIFICATI DI AGROFARMACI (CER 150106) E SACCHI DEI CONCIMI (CER 150102)***

***PER LA PROVINCIA DI MODENA***

**Azienda agricola** …….…………………………………………………..……………………………………….……………………………...

Via, n°………………………………………………………………………………. Comune …….……………………………………………..

Telefono (il recapito telefonico risulta obbligatorio per concordare il momento della raccolta) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Fax o e-mail del richiedente………………………………………………………………………………………………………………….

**Punto di raccolta indicato per il servizio porta a porta** (se diverso dall’indirizzo sopra) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**FIRMA ………………………………………………………….**

Inoltrate la richiesta a **HERA SPA,** per tutti i comuni della provincia a:

[servizi.dsa@gruppohera.it](mailto:servizi.dsa@gruppohera.it) oppure al fax: 059-407684

**entro e non oltre il 30 MARZO 2019**

* Per tutti i servizi richiesti il gestore provvederà a specifica offerta economica;
* I servizi potranno essere erogati solo a seguito dell’accettazione delle tariffe e all’inoltro della domanda di smaltimento e di caratterizzazione del rifiuto compilata e controfirmata che sarà inoltrata unitamente all’offerta economica.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il servizio (ritiro a domicilio) e lo smaltimento saranno fatturati da HERA spa all’azienda agricola.

Concluso il programma dei ritiri, il Consorzio Fitosanitario procederà al **rimborso totale della quota degli smaltimenti**. E’ previsto un **ulteriore rimborso a parziale copertura dei servizi accessori erogati**, e sarà calcolato sulla base del numero delle aziende coinvolte e fino al tetto massimo previsto nella specifica voce di bilancio.

* Il firmatario dichiara inoltre di aver preso visione della informativa sulla privacy pubblicata sul sito internet [www.fitosanitario.mo.it](http://www.fitosanitario.mo.it)

Per permettere questa operazione è necessario indicare gli estremi bancari su cui dovrà essere eseguito il versamento.

IBAN………………………………………………………………………………………………………………..

Inoltrate i documenti per il rimborso a: [fitosanmodena@regione.emilia-romagna.it](mailto:fitosanmodena@regione.emilia-romagna.it)

oppure al fax: 059-221877

**NB: PER I SERVIZI EROGATI NEL 2018 IL TERMINE PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO**

**E’ FISSATA AL 30 GIUGNO 2019**