



### Sökandens kontaktuppgifter

|               |   |
|---------------|---|
| Namn          | Telefon                                   |
| Adress        | Postnummer och -anstalt                   |
| E-post adress | Till hushållet hör _____ personer (antal) |

### Uppgifter om fastigheten

|  |
|--|
| Byggnadens typ<br><input type="checkbox"/> egnahemshus <input type="checkbox"/> parhus /radhus <input type="checkbox"/> fritidsbostad <input type="checkbox"/> Annat; vad _____. |
|--|

### Uppgifter om komposten

|   |
|---|
| I hurdan kompost komposteras bioavfallet?<br><input type="checkbox"/> Bioavfallet komposteras i en sluten och värmeisolerad kompost<br><input type="checkbox"/> Bioavfallet fermenteras och sätts därefter i en sluten kompost  |
| Adress där komposten finns:   |
| Storlek på komposten i liter:   |
| Under vilken tid komposteras bioavfall?<br><input type="checkbox"/> Bioavfall komposteras året runt på fastigheten/fastigheterna<br><input type="checkbox"/> Bioavfall komposteras endast delar av året.<br><input type="checkbox"/> Bioavfall komposteras årligen mellan tiden _____ och _____. Under resten av året sätts bioavfallet i en eget avfallskärl för bioavfall (Område A). |
| Är komposten gemensam för flera fastigheter/bostäder:<br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja      Ansvarsperson för komposten _____  |
| Om komposten delas av flera fastigheter/bostäder, ange minst en innehavare per fastighet, fastighetens adress, antal personer som bor i fastigheten samt avståndet från fastigheten till den gemensamma komposten:<br>_____<br>_____<br>_____   |

Avfallshanteringsmyndigheterna kan kontrollera att avfallshanteringen har ordnats enligt de uppgifter som angivits. Avfallshanteringsmyndigheten utför slumpvisa kompostgranskningar. Om kompostgranskning meddelas två veckor på förhand. Slam från t.ex. minireningsverk ska inte komposteras i samma kompost som bioavfall.

**Jag försäkrar att de uppgifter jag givit är riktiga och meddelar avfallsmyndigheten ifall komposten tas ur bruk eller om samarbetsparter byts ut.**

Plats \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_.20 \_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_ Namnförtydligande \_\_\_\_\_

**Ansökan sänds till: Vasaregionens avfallsnämnd, PB 2, 65101 Vasa**