

RICHIESTA DI VERIFICA DEL LIVELLO DI PRESSIONE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 46-47-76 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445

SPAZIO A CURA DEL GESTORE

Data ricevimento		Codice richiesta	
------------------	--	------------------	--

Tutti i dati sono obbligatori. Vi preghiamo di compilare il modulo in ogni sua parte. In caso contrario non potremo dar corso alla vostra richiesta.

DATI DELL'INTESTATARIO DEL CONTRATTO

Se il contratto è intestato a persona fisica:				
Nome			Cognome	
Cod.Fisc.				
Sesso	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Data di nascita	
Città di nascita				
Provincia di nascita			Paese di nascita (Nazione)	

Se il contratto è intestato a persona giuridica (ditta, società, condominio, pubblica amministrazione, associazione, ecc.):				
Ragione Sociale				
P.IVA				
Codice ATECO			Città CCIAA	
Numero iscrizione CCIAA			Data iscrizione CCIAA	
Rappresentante Legale/Titolare:				
Nome Cognome				
Data nascita Rappresentante Legale			Luogo di nascita Rappresentante Legale	
Cod.Fisc.				

Se persona fisica, indicare l'indirizzo di residenza attuale.

Se persona giuridica, indicare l'indirizzo della sede legale; tale indirizzo sarà utilizzato anche come indirizzo di fatturazione.

Paese (Nazione)			Città		
Località				Provincia	
Via					
Numero civico				CAP	

RECAPITI		
Recapito telefonico (obbligatorio almeno uno dei due dati; consigliato il cellulare)	Tel.	Cell.
Email*		
PEC*		

* sono dati obbligatori per le persone giuridiche. Per le persone fisiche è consigliato comunicare un indirizzo Email.

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DELL'INTESTATARIO DEL CONTRATTO (se persona fisica) oppure del LEGALE RAPPRESENTANTE/TITOLARE (se persona giuridica):	
Documento n.	
Rilasciato da	
In data	
Tipo documento	_____ (A scelta tra Carta d'identità, Passaporto o Patente)

CHIEDE LA VERIFICA DEL LIVELLO DI PRESSIONE

PER IL SEGUENTE INDIRIZZO DI FORNITURA

Comune			
Via		N°	
CAP		Provincia	

Per il contatore matricola n° (è riportata sulla ghiera metallica che circonda il quadrante)	
Punto di fornitura n°	
Data lettura	
* Lettura	
Codice Fornitura	

*se possibile, allegare foto del contatore al momento della lettura.

Nel caso in cui la verifica del livello della pressione risulti nella norma, mi impegno sin d'ora, sottoscrivendo la presente, a pagare l'eventuale contributo previsto in vigore per le operazioni di verifica.

Si allega alla presente:

- 1) Copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale (o della tessera sanitaria) dell'intestatario del contratto (in caso di ditte: copia del documento di riconoscimento del legale rappresentate);
- 2) Copia del documento di riconoscimento del richiedente se diverso dall'intestatario del contratto;

La presente richiesta comprensiva degli allegati richiesti deve essere consegnata ad **acquevenete** SpA

tramite uno dei seguenti canali:

- in forma cartacea agli sportelli aperti al pubblico (indirizzi/orari consultabili nel sito www.acquevenete.it o telefonando al numero 800 99 15 44) oppure tramite Posta all'indirizzo Via C. Colombo 29/A - 35043 Monselice (PD);
- in forma digitale (preferibilmente in formato PDF) all'indirizzo mail richieste@acquevenete.it.

Autorizzo **acquevenete** SpA all'eventuale trasmissione per via telematica delle fatture all'indirizzo di posta elettronica indicato nella sezione anagrafica; tale invio in formato telematico sostituirà la trasmissione cartacea della stessa.

Data 28/09/2018

Firma

INFORMATIVA AGLI UTENTI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali - "GDPR" – La informiamo che i Suoi dati personali saranno trattati nel rispetto della predetta normativa e solo per l'esecuzione del presente contratto. Per maggiori informazioni sul trattamento dei suoi dati potrà consultare l'informativa privacy presente sul nostro sito web.

Data _____

Firma _____

MODELLO PER DELEGA

Compilare solo se la presente domanda è consegnata allo sportello da persona diversa dall'intestatario. Il delegato dovrà presentare allo sportello il proprio documento d'identità

Il/la sottoscritto/a

Nome Cognome			
Data di nascita		Luogo di nascita	
Residente a			Prov.
Via			N.
Cap		Cod.Fisc.	
Documento N.			Rilasciato da
In data			
Tipo documento	(A scelta tra Carta d'identità, Passaporto o Patente)		

DELEGA

a chiedere la verifica di pressione ad **acquevenete SpA**, il/la sig.

Nome Cognome			
Data di nascita		Luogo di nascita	
Residente a			Prov.
Via			N.
Cap		Cod.Fisc.	
Documento N.			Rilasciato da
In data			
Tipo documento	Patente) (A scelta tra Carta d'identità, Passaporto o		

Data

Il delegante

.....
(firma per esteso e leggibile)

Allegare la fotocopia del documento d'identità del delegato.