

RICHIESTA DI INFORMAZIONI/RECLAMO

Se persona fisica:				(Cod. utente: _____)
Cognome*		Nome*		
Telefono*	E-mail*		PEC	
Indirizzo*:	Via	Numero	CAP – Comune – Provincia	

Se persona giuridica (es. ditte, enti, condomini,):				(Cod. utente: _____)
Ragione Sociale*			Partita IVA	
Sede Legale*:	Via	Numero	CAP – Comune – Provincia	
Telefono*	E-mail*		PEC	

Titolarità del richiedente

Proprietario
 Intestatario
 Amministratore
 Altro

dell'utenza sita in Via _____ nr° _____
 nel Comune di _____ identificata con il CODICE SERVIZIO * _____ e riguardante il servizio di:
 acquedotto fognatura/depurazione entrambi.

con il presente modulo intendo (barrare la casella di interesse):

RICHIEDERE INFORMAZIONI
 PROPORRE RECLAMO

relativamente a:

contratto di fornitura pagamenti rapporti con il personale dell'azienda
 lettura / bolletta prestazioni richieste altro...

*** campi obbligatori**

Nello specifico il motivo del reclamo/richiesta di informazioni è il seguente:

Modalità con cui si desidera avere riscontro Mail Posta

INFORMATIVA AI CLIENTI/UTENTI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto dichiara:

1. Di autorizzare Azienda Gardesana Servizi S.p.A. ad utilizzare i contatti e-mail, sms, telefono, PEC per inviare comunicazioni relative alla fornitura.
2. Di autorizzare Azienda Gardesana Servizi S.p.A. al trattamento dei dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale il presente modulo viene compilato ai sensi e per effetti di cui all'art. 13 L. 196/2003.
3. Di esprimere il consenso: **(OBBLIGATORIO COMPILARE)**
- al trattamento dei miei dati personali da parte di società, enti o consorzi che forniscano specifici servizi elaborativi o che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quelle di AGS Spa od attività necessarie all'esecuzione delle operazioni o dei servizi da me richiesti o che richiederò in futuro.

accenso

NON accenso

- al trattamento dei miei dati personali per finalità statistiche anche con modalità elettroniche e/o automatizzate idonee a collegare i dati stessi a quelli di altri soggetti in base a criteri qualitativi, quantitativi o temporali, ricorrenti o definibili di volta in volta.

accenso

NON accenso

- alla comunicazione dei miei dati personali a Società terze per le finalità di valutazione e monitoraggio della qualità del servizio prestato da AGS Spa, preferibilmente attraverso l'utilizzo di telefono mail posta.

accenso

NON accenso

4. Di essere informato dei diritti derivanti dagli artt. 7 e segg. del D.Lgs. 196/03 e s.m.i. e di prendere atto che il titolare del trattamento è la Società Azienda Gardesana Servizi S.p.A., con sede in Peschiera del Garda (37019), Via 11 Settembre, 24.

AUTOLETTURA

Data	/ /	Matricola contatore		Letture (mc)	
------	-----	---------------------	--	--------------	--

Richiedo inoltre la verifica del misuratore. Qualora la verifica del misuratore effettuata presso il laboratorio conduca all'accertamento di errori superiori ai valori ammissibili fissati dalla normativa metrologica vigente, il gestore sostituirà il misuratore senza addebitare alcun costo né per la verifica né per la sostituzione. Nel caso in cui la verifica del misuratore conduca all'accertamento di errori nella misura non superiori ai valori ammissibili fissati dalla normativa metrologica vigente, il contributo a carico dell'utente previsto è pari ad un minimo di € 250,00 + IVA

- Sì, preso atto di quanto sopra, chiedo la verifica metrica del contatore e rimango in attesa di ricevere la documentazione relativa (barrare solo se si chiede la verifica)

FIRMA _____

MODALITA' DI PRESENTAZIONE

La consegna del presente modulo e dei suoi eventuali allegati potrà avvenire nelle seguenti forme:

- presso gli sportelli aperti al pubblico (indirizzi/orari consultabili in bolletta o nel sito www.ags.vr.it)
- tramite e-mail all'indirizzo servizioclienti@ags.vr.it; ags@pec.ags.vr.it.
- tramite posta al seguente indirizzo: AGS Spa – Via 11 Settembre, 24 - 37019 Peschiera del Garda;
- tramite fax allo 045/6445299;

FIRMA RICHIEDENTE

Data _____

SPAZIO A CURA DEL GESTORE

Data ricevimento:		Codice richiesta:	
Canale:	<input type="checkbox"/> Sportello	<input type="checkbox"/> Posta	<input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> Pec