

# RICHIESTA DI SIGILLATURA RICHIESTA DI RIMOZIONE

Riservato all'ufficio	
Richiesta n.	
Odi	
Data	

**AFFINCHÉ LA PRESENTE RICHIESTA VENGA ACCETTATA, IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO CON TUTTI I DATI E CORREDATO DI TUTTI I DOCUMENTI RICHIESTI.**

**IL MODULO E GLI ALLEGATI INVIATI TRAMITE EMAIL DOVRANNO ESSERE IN FORMATO PDF.**

### DATI INTESTATARIO DELL'UTENZA:

Cognome e nome/Ragione Sociale: \_\_\_\_\_ (CLIENTE: \_\_\_\_\_)

Cod. fiscale/P.IVA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico: \_\_\_\_\_ Indirizzo Mail: \_\_\_\_\_

### **Dati richiedente (da compilare solo se diverso da intestatario utenza):**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ Cod. fiscale/P.IVA: \_\_\_\_\_

Residente in/Sede legale : \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

(C.a.p.- Comune – Prov.): \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico: \_\_\_\_\_ Indirizzo Mail: \_\_\_\_\_

### **In qualità di:**

Legale rappresentate della società intestataria

UNICO EREDE dell'intestatario utenza

NON UNICO EREDE dell'intestatario: dichiaro di aver ricevuto delega per conto degli altri eredi per richiedere la chiusura contrattuale

**RICHIEDO LA**  **SIGILLATURA** /  **RIMOZIONE** ( la rimozione di un contatore può essere richiesta solo dal proprietario o dall'impresa titolare di un contatore di cantiere)

**CONTATORE MATRICOLA \_\_\_\_\_ SERVIZIO : \_\_\_\_\_**

Per fissare l'appuntamento, obbligatorio in caso di contatore interno, desidero essere contattato al numero cell/tel \_\_\_\_\_

**In caso di contatore non accessibile la richiesta rimarrà sospesa fino a conferma dell'appuntamento.**

CONTATORE INTERNO NON ACCESSIBILE  CONTATORE ESTERNO ACCESSIBILE

**Indirizzo ubicazione:** \_\_\_\_\_ **Civ.:** \_\_\_\_\_ **Comune:** \_\_\_\_\_

**Indirizzo per recapito ultima bolletta ed invio assegno di rimborso per eventuali somme a credito, fatte salve compensazioni debiti/crediti**

Cognome e nome/Ragione Sociale: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Civ.: \_\_\_\_\_

C.a.p.: \_\_\_\_\_ Comune di: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

### TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Di aver preso visione della informativa allegata in attuazione del regolamento UE 2016/679 e delle normative vigenti in merito alla protezione dei suoi dati personali. Di essere informato dei suoi diritti riportati in informativa sulla base del regolamento UE 2016/679 e di prendere atto che il titolare del trattamento è la Società AGS Spa, con sede in (37019) Peschiera del Garda, Via 11 Settembre, 24. Di autorizzare AGS Spa ad utilizzare i contatti e-mail, sms, telefono, PEC per inviare comunicazioni relative alla fornitura. Di autorizzare AGS Spa al trattamento dei dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale il presente modulo viene compilato come indicato al punto (a) dell'informativa.

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall' articolo 76 del D. P. R. n° 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell' art. 47 del suddetto DPR

 **ALLEGARE COPIA DOCUMENTO D'IDENTITA' E FIRMARE**

**DATA** \_\_\_\_\_

**FIRMA UTENTE** \_\_\_\_\_

### Modalità di presentazione della richiesta

1. Sportelli Peschiera del Garda e Affi solo su APPUNTAMENTO chiamando il Numero Verde 800 90 55 59
2. Mail: [servizioclienti@ags.vr.it](mailto:servizioclienti@ags.vr.it) / fax: 045-6445299
3. a mezzo posta ordinaria: via 11 settembre, 24, 37019 Peschiera del Garda