

RICHIESTA

Rettifica di fatturazione (solo per bollette già pagate)

Questa richiesta integra una **dichiarazione sostitutiva di certificazione** (ex D.P.R. 445/2000) per cui dovrà essere firmata e **corredata da copia del documento di identità del dichiarante**. Qualora trasmesso per email, il modulo e gli allegati dovranno essere in formato pdf. Ogni allegato non dovrà superare la dimensione massima di 20 MB. AGS si riserva il diritto di richiedere integrazioni per completare la pratica richiesta. Il sottoscritto, consapevole della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 D.P.R. 445/2000 e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara - sotto la propria responsabilità - quanto segue.

IDENTIFICATIVI DELLA FORNITURA

codice servizio (obbligatorio)

codice cliente (obbligatorio)

ANAGRAFICA DEL RICHIEDENTE

cognome e nome

ragione sociale

tel/cell

e-mail

IN RIFERIMENTO ALL'UTENZA SITA IN

Relativo al servizio di: ☐ Acquedotto ☐ Fognatura / depurazione ☐ Entrambe

()

indirizzo (via e numero civico)

comune

prov.

cap

RICHIEDO LA RETTIFICA DI FATTURAZIONE

In qualità di erede/delegato di

nominativo intestatario utenza

Relativamente a:

☐ Lettura errata ☐ Tariffa errata ☐ Canoni di fognatura/depurazione

☐ Nr. concessioni errate ☐ Nr. componenti nucleo familiare errati

MOTIVO DELLA RICHIESTA

DICHIARO

Di essere residente in

indirizzo di residenza (via e numero civico)

()

comune di residenza

prov.

cap

Che la lettura del contatore dichiarata (obbligatorio allegare **fotografia del contatore con lettura**) è uguale a

/ /

matricola contatore

lettura attuale contatore (mc)

data rilevamento lettura

Che il nucleo familiare, così come risulta all'anagrafe comunale, è composto complessivamente da
(solo in caso di rettifica della tariffa errata da domestico non residente a domestico residente)

numero di componenti

MODALITÀ CON CUI DESIDERO AVERE RISCONTRO

☐ E-mail

☐ Indirizzo postale e/o per altra corrispondenza
qualora diverso dall'indirizzo di residenza

nominativo sulla cassetta della posta

()

indirizzo (via e numero civico)

comune di

prov.

cap

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Per le finalità connesse all'esecuzione della presente richiesta, i Suoi dati personali verranno trattati da Azienda Gardesana Servizi S.p.A., titolare del trattamento, in conformità con quanto stabilito dal Regolamento (UE) 2016/679 generale sulla protezione dei dati ("GDPR") e dalla normativa applicabile in materia di protezione dei dati personali. Il suddetto trattamento verrà svolto secondo le modalità descritte nell'informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR consultabile al sito www.ags.vr.it.

FIRMA PER CONFERMA E ACCETTAZIONE

Data

/ /

Firma



allegare doc. identità e codice fiscale

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA

Sportelli di:

- Peschiera del Garda: Piazza Controbastioni di Porta Brescia
- Affi: Via Crivellin, 7 (piano secondo)



Accesso consentito **solo su appuntamento**

Per prenotare: **Numero Verde 800905559** oppure **online cliccando qui**



E-mail: servizioclienti@ags.vr.it



Per lettera all'indirizzo: Via 11 Settembre, 24, 37019 Peschiera del Garda (VR)



Accedendo all'area "servizi online" del sito www.ags.vr.it