

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)

INTESTATARIO

cognome e nome

ragione sociale

telefono/cellulare

e-mail

PEC

RICHIEDENTE SOLO SE DIVERSO DA INTESTATARIO UTENZA

In qualità di:

- ☐ Unico erede dell'intestatario utenza
- ☐ Non unico erede dell'intestatario, ma in accordo con i coeredi e con il loro consenso
- ☐ Di agire in qualità di (allegare titolo)

cognome e nome

partita iva

codice fiscale

indirizzo di residenza / sede legale (comune, via e numero civico)

()

provincia

CAP

telefono/cellulare

e-mail

PEC

RICHIEDO

- ☐ Sigillatura
- ☐ Rimozione (richiedibile solo dal proprietario)

contatore matricola

()

indirizzo (comune, via e numero civico)

provincia

CAP

Il/la sottoscritto/a chiede che la disattivazione della fornitura avvenga a far data dal: _____

INDIRIZZO ACCESSIBILITÀ

☐ Accessibile (su suolo pubblico)

☐ Non accessibile (interno proprietà privata con accesso esclusivo)

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

indicare contatto preferenziale per sopralluogo e appuntamento

tel / cell

☐ Parzialmente accessibile (interno proprietà privata condivisa, es. giro scale condominio)

indicare contatto preferenziale per sopralluogo e appuntamento

tel / cell

INDIRIZZO PER RECAPITO ULTIMA BOLLETTA

Presso

cognome e nome sulla cassetta della posta

ragione sociale

()

indirizzo (comune, via e numero civico)

provincia

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 800.905.559** oppure **online cliccando qui**



E-mail: frontoffice@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