

Riservato all'ufficio	
Contratto	
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.

SEZIONE ANAGRAFICA DEL RICHIEDENTE

Il sottoscritto, codice cliente (se già nostro utente): _____

Intestatario utenza in caso di persona fisica:

Cognome e Nome _____ Nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente in Via, Nr _____ Cap _____ Comune _____

Tel/Cell: _____ E-mail: _____

Intestatario utenza in caso di persona giuridica:

Ragione sociale: _____

Codice fiscale _____ Partiva iva: _____

Sede Legale in Via, Nr _____ Cap _____ Comune _____

Tel/Cell: _____ E-mail: _____

Codice Univoco SDI: _____ Fattura elettronica: _____ Codice Ateco: _____

Cognome e nome del LEGALE RAPPRESENTANTE: _____

CF: _____ nato a _____ il _____

residente (Via, Nr, CAP, Comune) _____

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

RECLAMO

relativamente a:

contratto di fornitura

pagamenti

rapporti con il personale dell'azienda

lettura / bolletta

prestazioni richieste

altro...

**MODULO DI RECLAMO
MODULO RICHIESTA INFORMAZIONI**

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

Modalità con cui si desidera avere riscontro Mail Posta

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.

Di esprimere il consenso:

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.

acconsento **NON acconsento**

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.

acconsento **NON acconsento**

- 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.

acconsento **NON acconsento**

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 € 269,00 + 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** _____

Allegare documento di identità dell'Utente e di suo eventuale delegato.

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

DATA _____

FIRMA _____

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