

FORNITURE DA CESSARE

N° Cliente	POD/PDR	Indirizzo fornitura

AUTORIZZO

a disattivare il contatore che è in un luogo **esterno** ed **accessibile** ed a rilevare la lettura di chiusura **in mia assenza**.

☐ Desidero ricevere le fatture di conguaglio ed ogni comunicazione relativa alle forniture indicate, al seguente indirizzo e_mail _____

☐ Desidero ricevere le fatture di conguaglio ed ogni comunicazione relativa alle forniture indicate, al seguente indirizzo:

Presso [Nome] _____ [Cognome] _____

Via/piazza _____ n. _____

Città _____ [Prov] _____ [C.a.p.] _____

Luogo e data**Firma del richiedente****ATTENZIONE**

E' NECESSARIO ALLEGARE LA COPIA (FRONTE/RETRO) DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO DI CHI FIRMA LA RICHIESTA

Delega in caso di contatore gas NON accessibile

Se il contatore del gas **non** è accessibile, bisogna consentire al tecnico di raggiungere il misuratore ed essere presenti durante l'appuntamento. Anche in questo caso il titolare della fornitura può delegare qualcuno. Durante l'appuntamento con il tecnico, il delegato dovrà consegnare la **delega scritta** e la fotocopia del documento d'identità del titolare della fornitura.

Definitiva rimozione del contatore gas

Solo il proprietario dell'immobile può richiedere la definitiva rimozione del contatore gas; in questo caso, durante l'intervento di chiusura del contatore, dovrai consegnare al tecnico una richiesta scritta in cui dichiari:

- di essere il proprietario dell'immobile
- di essere consapevole che la definitiva rimozione del contatore **comporta anche la perdita del contributo di allaccio** (la somma dovrà essere ri-versata in caso di successiva riattivazione del servizio).

Titolare del trattamento dei dati personali è Lumina Energia srl, con Sede Legale LARGO 2 GIUGNO 71 – 52100 AREZZO (AR). L'informativa completa è disponibile sul sito luminaenergia.it

RICHIESTA DI CHIUSURA DEL CONTATORE

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

DATI DI CHI RICHIEDE LA CHIUSURA DEL/DEI CONTATORE/I

[Cognome] _____ [Nome] _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Data di nascita _____ Luogo di nascita (Comune/Stato estero) _____
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

[Telefono] _____ [Cellulare] _____

Residente in _____
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. per false attestazioni ed in qualità di (barra la casella che indica il rapporto tra chi presenta questa richiesta ed il titolare delle forniture da cessare):

- ☐ Titolare ☐ Legale rappresentante ☐ Tutore legale ☐ Erede
☐ Delegato (barrando la casella "Delegato" il titolare delle forniture dovrà compilare il riquadro **DELEGA**)

CHIEDO LA CHIUSURA DELLE FORNITURE INTESTATE A:

[Nome] _____ [Cognome] _____

[Ragione Sociale] _____

C.Fiscale/P.IVA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DELEGA

(da compilare a cura del titolare delle forniture da cessare)

Il sottoscritto

[[Nome] _____ [Cognome] _____

[Ragione Sociale] _____

delega il signor/la signora:

a richiedere, per suo conto, la disattivazione delle forniture di seguito indicate; per tale motivo allega la copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data

Firma del titolare delle forniture
