

## MODULO DISALIMENTAZIONE GAS NATURALE

Oggetto: **ISTANZA RECANTE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE (art. 47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)**

### DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a

nato/a a  Provincia  il

Codice Fiscale

### DATI ANAGRAFICI DEL CLIENTE

*cancellare le voci non di interesse*

Titolare del Contratto/Legale Rappresentante/Titolare della Società

oppure nella qualità di <sup>1</sup>

Con Residenza/Sede Legale nel Comune di  in Via/Piazza

Tel.  Cell.

E-mail  PEC

(1) Nel caso in cui la qualità specificata sia quella di EREDE e vi siano più di eredi è necessario compilare anche la sezione "DELEGHE" riportata di seguito.

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 nonché di quanto disposto dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sulla decadenza dai benefici in materia dichiarazioni mendaci.

### DATI FORNITURA

**(\*\*) campi obbligatori**

indirizzo di fornitura in Via/Piazza

Codice Cliente (è indicato sulla bolletta)  Codice PDR

### RICHIEDE

La **DISALIMENTAZIONE DEL CONTATORE** a far data dal

**In assenza di data specifica nel campo sopra indicato, o in presenza di data palesemente errata, la richiesta verrà inoltrata al distributore locale alla prima data utile.**

Con contestuale rimozione del contatore<sup>2</sup>  NO  SI **da compilare a cura del cliente**

(2) È necessario compilare e allegare il Modulo Revoca inserimento Lista Clienti non Disalimentabili

### DICHIARA inoltre

- di accettare il costo della pratica di DISALIMENTAZIONE pari a € 25,00 + IVA oltre ad eventuali oneri amministrativi richiesti dal distributore;
- di essere consapevole che in mancanza di perfezionamento della DISALIMENTAZIONE, restano a carico del Cliente tutte le obbligazioni originarie dal contratto, inclusi gli addebiti per consumi, gli oneri, i costi accessori, i danni eventualmente arrecati alle apparecchiature di proprietà del Distributore da chiunque effettuati e ogni altra possibile conseguenza giuridica;
- di essere consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi e di assumersi ogni responsabilità civile e penale, sollevando espressamente Segnoverde S.p.A. Unipersonale da tutte le responsabilità di qualsiasi genere e natura, che dovessero derivare dalle dichiarazioni e dalla richiesta di cui alla presente, impegnandosi sin d'ora a tenere indenne la predetta società da ogni pregiudizio, perdita, danno, onere e spese, incluse quelle legali, anche derivanti da pretese o azioni avanzate da eventuali soggetti terzi, in qualsiasi sede o a qualsiasi titolo, in conseguenza della suddetta richiesta;

**La invitiamo a fornire i dati di seguito richiesti qualora sia impossibile procedere da remoto e si renda necessario un intervento tecnico per la Disalimentazione:**

Tel.  Fax  Cell.

E-mail

Qualora sia necessario un intervento tecnico e non siano stati forniti recapiti telefonici NON si procederà alla Disalimentazione del Punto.

Le ricordiamo che in caso di intervento in telegestione l'interruzione dell'erogazione del Gas Naturale può avvenire da un minimo di 2 ore ad un massimo di 5 giorni lavorativi **a decorrere dalla presa in carico da parte del Distributore Locale Territorialmente competente.**

## MODULO DISALIMENTAZIONE GAS NATURALE

Oggetto: **ISTANZA RECANTE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE (art. 47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)**

### RECAPITI DEL CESSANTE

(\*\*) campi obbligatori

Eventuali comunicazioni rivolte al Cessante devono essere indirizzate a:

digitale: e-mail   
 cartacea: Sig. /Sig.ra    
 Via/Piazza  CAP   
 Località  Provincia

### DELEGHE

**A) oltre al medesimo, eredi del precedente intestatario della fornitura sono i seguenti** (Cognome e Nome; codice fiscale; domicilio):

1) Cognome e Nome <input type="text"/> Codice Fiscale <input type="text"/> domicilio <input type="text"/>	<b>FIRMA</b> leggibile e autografa <input type="text"/>
2) Cognome e Nome <input type="text"/> Codice Fiscale <input type="text"/> domicilio <input type="text"/>	<b>FIRMA</b> leggibile e autografa <input type="text"/>
3) Cognome e Nome <input type="text"/> Codice Fiscale <input type="text"/> domicilio <input type="text"/>	<b>FIRMA</b> leggibile e autografa <input type="text"/>

### SPAZIO RISERVATO AD EVENTUALI DELEGHE

ULTERIORI PRECISAZIONI: (indicare eventuali ulteriori stati, qualità personali o fatti necessari e/o rilevanti ai fini della richiesta per la quale viene effettuata la presente dichiarazione)

LO/GLI SCRIVENTE/I - Cognome e Nome:

DELEGA/DELEGANO: Cognome e Nome

### FIRMA

Firma leggibile e autografa.

LUOGO  DATA  TIMBRO E FIRMA

N.B. ALLEGARE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- Copia del documento d'identità in corso di validità del dichiarante
- Copia del documento di identità del richiedente e degli eventuali coeredi - deleganti (in caso di richiesta inoltrata dall'erede dell'intestatario)

**ATTENZIONE:** In caso di **intestatario deceduto** è necessario inviare il suddetto modulo correlato dalla documentazione attestante la titolarità ad avanzare tale richiesta, indicare il nominativo del richiedente con relativa copia del documento d'identità e codice fiscale.

Le ricordiamo che, in attuazione delle disposizioni dell'art.38, comma 3, del DPR 28 dicembre 2000, n.445 e s.m.i., le istanze, recanti anche dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà, assumono validità solo se fatte pervenire a Segnoverde S.p.A. Unipersonale