

Si prega di compilare in stampatello

(PER LE PERSONE FISICHE)

Il sottoscritto nato il nel Comune di Prov. Codice Fiscale con recapito in comune di in n.

(PER LE PERSONE GIURIDICHE)

Ragione sociale..... sede legale nel Comune di Prov. CAP via n° C.F. P.IVA nella persona del titolare/legale rappresentante codice fiscale

IN QUALITÀ DI:

- Titolare del contratto, Erede del titolare, Altro (specificare)

CHIEDE LA CESSAZIONE DEI SERVIZI ATTIVI E DICHIARA

1) che il contratto per il quale richiede la disdetta è il n. intestato a per la fornitura ubicata in Comune di in via n.

2) che il misuratore matricola n° indica mc

3) che la bolletta di chiusura dovrà essere spedita a: via n° Comune CAP Prov.

4) di essere rintracciabile, per concordare il sopralluogo, presso la seguente utenza telefonica (Irreperibilità, per errata o omessa comunicazione del presente dato, comporterà l'annullamento della pratica)

- tel. cell

5) di aver preso atto che il sopralluogo non potrà essere svolto in assenza del richiedente o di un soggetto terzo munito di delega scritta (compilare modulo "DELEGA")

6) l'eventuale importo a credito risultante dalla bolletta di chiusura contratto dovrà essere versato con:

- bonifico intestato a su IBAN:

IBAN input field grid

- assegno bancario intestato a da spedire in via n° Comune CAP Prov.

7) che tutti i dati riportati nella presente istanza sono veritieri e rispondenti allo stato dei luoghi e degli impianti, e di sollevare il Gestore da qualsiasi contestazione possa sorgere da parte di terzi.

Il sottoscritto, conscio che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci o forma atti falsi è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che l'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso, ai sensi e per gli effetti dell'art.76 D.P.R. n. 445/2000.

IL RICHIEDENTE

_____, ____/____/____

I dati personali forniti verranno trattati da S.I.I. SpA con sede legale in via Fratelli Bandiera n. 16 – 13100 VERCELLI nella persona del legale rappresentante pro-tempore - Titolare del trattamento - per offrirle il servizio richiesto e per le attività amministrativo-contabili ad esso connesse. Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per ottenere il servizio richiesto ed in mancanza S.I.I. S.P.A. non potrà offrirglielo. Il trattamento verrà effettuato in modalità informatica e manuale anche tramite soggetti esterni e verranno conservati nel rispetto dell'art. 5.1.e Reg. UE 2016/679. I dati personali non saranno diffusi, potranno invece essere comunicati a società contrattualmente legate al Titolare del trattamento per l'adempimento delle finalità connesse all'erogazione del servizio. Le vengono riconosciuti in qualità di interessato i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Reg. UE 2016/679 e potrà esercitarli inviando una mail all'indirizzo segreteria@siispa.it. Informativa estesa disponibile a richiesta o sul sito web www.siispa.it.

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 7, 12, 13 e ss. GDPR, dichiaro di aver preso visione dell'informativa di S.I.I. S.P.A.

IL RICHIEDENTE

_____, ____/____/____

Allegati:

copia di un valido documento d'identità del richiedente