

RICHIESTA VERIFICA PRESSIONE / GRUPPO DI MISURA GAS

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ Provincia [__],
il [__]/[__]/[__], residente in _____ Provincia [__],
Codice fiscale [_____] in proprio o in qualità di Legale rappresentante di _____

Partita IVA [_____] Codice Fiscale [_____] _____
indirizzo Sede legale _____
CAP [_____] Comune _____ Provincia [__]
telefono _____ fax _____ PEC (posta elettronica certificata) _____

richiede la verifica (barrare l'opzione che interessa) della pressione del gruppo di misura dell'utenza intestata a:
nome e cognome / ragione sociale _____
Partita IVA [_____] Codice Fiscale [_____] _____
codice PDR [_____] indirizzo di fornitura _____

CAP [_____] Comune _____ Provincia [__].

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 445/2000 in materia di falsità in atti e dichiarazioni mendaci in essi indicate, dichiara, ai sensi dell'articolo 47 del DPR 445/2000, di essere titolare della fornitura sopra dettagliata e che i dati ad essa riferita, sopra riportati, sono veritieri.

Anche qualora il gruppo di misura risultasse regolarmente funzionante e/o il livello di pressione fosse quello previsto, il titolare dell'utenza sarà tenuto al pagamento dei costi del servizio, fatturati dal Distributore locale ed imputati da LENERGIA S.p.A. nella prima fattura utile.

Luogo e data _____ [__]/[__]/[____]

Timbro e firma

ALLEGATO: copia documento di identità del firmatario