

RICHIESTA DI VERIFICA METROLOGICA DEL MISURATORE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 46-47-76 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445

SPAZIO A CURA DEL GESTORE

Data ricevimento		Codice richiesta	
------------------	--	------------------	--

Tutti i dati sono obbligatori. Vi preghiamo di compilare il modulo in ogni sua parte. In caso contrario non potremo dar corso alla vostra richiesta.

DATI DELL'INTESTATARIO DEL CONTRATTO

Se il contratto è intestato a persona fisica:				
Nome		Cognome		
Cod.Fisc.				
Sesso	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Data di nascita	
Città di nascita				
Provincia di nascita		Paese di nascita (Nazione)		

Se il contratto è intestato a persona giuridica (ditta, società, condominio, pubblica amministrazione, associazione, ecc.):				
Ragione Sociale				
P.IVA				
Codice ATECO		Città CCIAA		
Numero iscrizione CCIAA		Data iscrizione CCIAA		
Rappresentante Legale/Titolare:				
Nome Cognome				
Data nascita Rappresentante Legale		Luogo di nascita Rappresentante Legale		
Cod.Fisc.				

Se persona fisica, indicare l'indirizzo di residenza attuale.

Se persona giuridica, indicare l'indirizzo della sede legale; tale indirizzo sarà utilizzato anche come indirizzo di fatturazione.

Paese (Nazione)		Città		
Località		Provincia		
Via				
Numero civico		CAP		

RECAPITI		
Recapito telefonico (obbligatorio almeno uno dei due dati; consigliato il cellulare)	Tel.	Cell.
Email*		
PEC*		

* sono dati obbligatori per le persone giuridiche. Per le persone fisiche è consigliato comunicare un indirizzo Email.

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DELL'INTESTATARIO DEL CONTRATTO (se persona fisica) oppure del LEGALE RAPPRESENTANTE/TITOLARE (se persona giuridica):	
Documento n.	
Rilasciato da	
In data	
Tipo documento	_____ (A scelta tra Carta d'identità, Passaporto o Patente)

CHIEDE LA VERIFICA METROLOGICA DEL MISURATORE

PER IL SEGUENTE INDIRIZZO DI FORNITURA

Comune			
Via		N°	
CAP		Provincia	

Per il contatore matricola n° (è riportata sulla ghiera metallica che circonda il quadrante)	
Punto di fornitura n°	
Data lettura	
Lettura	
Codice Fornitura	

Qualora la verifica del misuratore effettuata presso l'utenza o 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, mi impegno sin d'ora, sottoscrivendo la presente, a pagare: rimborso spese sostenute per ente di verifica accreditato + 10% per gestione pratica, come previsto dal prezzario vigente.

Per permettere la verifica da parte di **acquevenete s.p.a.** si dichiara che:

il contatore è _____ (Accessibile, Non accessibile, Parzialmente accessibile)

Di seguito la spiegazione delle singole voci:

ACCESSIBILI: tutti i misuratori posti in luogo pubblico o in luogo privato ma di libero passaggio pubblico, al quale il letturista può accedere senza dover chiedere l'autorizzazione al proprietario (es: pozzetti su marciapiedi o piazzali o cortili pubblici sempre aperti)

NON ACCESSIBILI: tutti i misuratori posti in luoghi chiusi o recintati, dove per accedere il letturista deve chiedere autorizzazione. Sono inclusi anche i pozzetti accessibili anche da strada pubblica ma fisicamente posti all'interno di una proprietà recintata.

PARZIALMENTE ACCESSIBILE: sono i misuratori presenti in locali di accesso pubblico ma nei quali l'accesso è consentito soltanto se accompagnati da un addetto/custode (es: grossi condomini con custode, stabili medio/grandi di libero accesso previo avviso alla reception)

In caso di non accessibilità o parziale accessibilità il cliente assicura la presenza sua o di un delegato all'appuntamento concordato **e CHIEDE di essere contattato per fissare l'appuntamento per la verifica al numero** _____

Si allega alla presente:

- 1) Copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale (o della tessera sanitaria) dell'intestatario del contratto (in caso di ditte: copia del documento di riconoscimento del legale rappresentate);
- 2) Copia del documento di riconoscimento del richiedente se diverso dall'intestatario del contratto;

La presente richiesta comprensiva degli allegati richiesti deve essere consegnata ad **acquevenete SpA** tramite uno dei seguenti canali:

- **Sportello telefonico** con numero verde 800 991 544 attivo da lunedì a venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e il sabato dalle 8.00 alle 13.00. (Ricordiamo che è possibile anche fissare un appuntamento telefonico o chiamando questo stesso numero o direttamente dal sito https://www.acquevenete.it/it_IT/aperturasportelli; sarà ricontattato telefonicamente da un nostro operatore nel giorno e nell'orario scelto);
- **Sportello Online** accessibile dal sito o scaricando l'app;
- **Casella e-mail:** richieste@acquevenete.it inviando l'apposita modulistica;
- **in forma cartacea** presso gli sportelli aperti al pubblico (indirizzi/orari consultabili nel sito www.acquevenete.it alla voce "Servizio clienti > Sportelli e appuntamenti" o telefonando al numero verde 800 99 15 44)

Autorizzo **acquevenete SpA** all'eventuale trasmissione per via telematica delle fatture all'indirizzo di posta elettronica indicato nella sezione anagrafica; tale invio in formato telematico sostituirà la trasmissione cartacea della stessa.

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA AGLI UTENTI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali - "GDPR" – La informiamo che i Suoi dati personali saranno trattati nel rispetto della predetta normativa e solo per l'esecuzione del presente contratto. Per maggiori informazioni sul trattamento dei suoi dati potrà consultare l'informativa privacy presente sul nostro sito web.

Data _____

Firma _____

MODELLO PER DELEGA

Il/la sottoscritto/a

Nome Cognome	
--------------	--

DELEGA

Per l'espletamento della pratica per la fornitura del servizio idrico integrato, il/la sig.

Nome Cognome			
Data di nascita		Luogo di nascita	
Residente a			Prov.
Via			N.
Cap		Cod.Fisc.	
Documento N.			Rilasciato da
In data			
Tipo documento	_____ (Carta d'identità o Passaporto)		

Luogo e data _____

Il delegante

Il delegato dovrà presentare allo sportello il proprio documento d'identità

Modulo Liberatoria per rimozione sigilli

Spett.le

Epc al Laboratorio Nazionale di taratura
per Contatori d'acqua Dell'Azienda Speciale
della CCIAA di Asti
Piazza G.Goria (già Piazzetta dell'Archivio) n° 01
14100 ASTI

IL sottoscritto (*) _____
intestatario del contratto di utenza idrica codice _____
matricola contatore _____
sita nel Comune di _____

CHIEDE

la verifica metrologica del contatore da effettuarsi presso il Laboratorio Nazionale
di taratura per Contatori d'acqua Dell'Azienda Speciale della CCIAA di Asti Piazza G.
Goria (già Piazzetta dell'Archivio) n° 01 14100 ASTI (accreditato N° 175 nel Sistema
Italiano di Taratura contatori)

DICHIARA

di essere a conoscenza che la parte relativa alle frazioni di metro del quadrante risulta
illeggibile

A U T O R I Z Z A

l'apertura della cassa del contatore mediante la rimozione dei sigilli metrici onde
pulire il quadrante del contatore e rendere eseguibile la taratura

Lì

.....

(firma)

(*) Nota: Allegare fotocopia Carta Identità Intestatario Contratto.

**AZIENDA SPECIALE DELLA CAMERA DI COMMERCIO DI ASTI PER LA
PROMOZIONE E PER LA REGOLAZIONE DEL MERCATO
*Laboratorio Nazionale Taratura per contatori d'acqua***

Modulo Liberatoria per rimozione sigilli

Spett.le

Epc al Laboratorio Nazionale di taratura
per Contatori d'acqua Dell'Azienda Speciale
della CCIAA di Asti
Piazza G.Goria (ex Piazzetta dell'Archivio) n° 01
14100 ASTI

IL sottoscritto (*) _____
intestatario del contratto di utenza idrica codice _____
matricola contatore _____
sita nel Comune di _____

CHIEDE

la verifica metrologica del contatore da effettuarsi presso il Laboratorio Nazionale di taratura per Contatori d'acqua Dell'Azienda Speciale della CCIAA di Asti Piazza G.Goria n° 01 14100 ASTI (accreditato N° 175 nel Sistema Italiano di Taratura contatori)

A U T O R I Z Z A

l'apertura della cassa del contatore mediante la rimozione dei sigilli metrici onde accertare che i meccanismi interni al contatore siano correttamente montati e regolarmente funzionanti;

DICHIARA

di essere a conoscenza che dopo questo ultimo controllo non sarà più possibile effettuare ulteriori verifiche e pertanto accetta i risultati che verranno riportati su apposito certificato rilasciato dal Laboratorio.

Dichiara inoltre:

Di voler assistere alla prova di verifica ed a tale scopo di essere avvisato al numero telefonico/e-mail/fax

Di non voler assistere alla prova di verifica

Lì

.....

(firma)

(*) Nota: Allegare fotocopia Carta Identità Intestatario Contratto.