

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**

|                                                                                                                                                       |                                                                                                          |                                 |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| NOME E COGNOME                                                                                                                                        |                                                                                                          | CODICE FISCALE                  |                      |
| <input type="text"/>                                                                                                                                  |                                                                                                          | <input type="text"/>            |                      |
| DATA DI NASCITA (gg/mm/aaaa)                                                                                                                          |                                                                                                          | LUOGO DI NASCITA (COMUNE/STATO) |                      |
| <input type="text"/>                                                                                                                                  |                                                                                                          | <input type="text"/>            |                      |
| TELEFONO                                                                                                                                              |                                                                                                          | CELLULARE                       |                      |
| <input type="text"/>                                                                                                                                  |                                                                                                          | <input type="text"/>            |                      |
| RESIDENTE IN                                                                                                                                          |                                                                                                          |                                 |                      |
| <input type="text"/>                                                                                                                                  |                                                                                                          |                                 |                      |
| 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: |                                                                                                          |                                 |                      |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                              | TITOLARE                                                                                                 | <input type="checkbox"/>        | LEGALE RAPPRESENTATE |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                              |                                                                                                          | <input type="checkbox"/>        | TUTORE LEGALE        |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                              |                                                                                                          | <input type="checkbox"/>        | EREDE                |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                              | DELEGATO (barrando la casella "Delegato" il titolare delle forniture dovrà compilare il riquadro DELEGA) |                                 |                      |
| <b>CHIEDO LA CHIUSURA DELLE FORNITURE INTESTATE A:</b>                                                                                                |                                                                                                          |                                 |                      |
| NOME E COGNOME                                                                                                                                        |                                                                                                          |                                 |                      |
| <input type="text"/>                                                                                                                                  |                                                                                                          |                                 |                      |
| RAGIONE SOCIALE                                                                                                                                       |                                                                                                          |                                 |                      |
| <input type="text"/>                                                                                                                                  |                                                                                                          |                                 |                      |
| CODICE FISCALE / P.IVA                                                                                                                                |                                                                                                          |                                 |                      |
| <input type="text"/>                                                                                                                                  |                                                                                                          |                                 |                      |

**DELEGATO**

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

|                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOME E COGNOME                                                                                                                                                              |
| <input type="text" value="Il/la sottoscritto/a"/>                                                                                                                           |
| RAGIONE SOCIALE                                                                                                                                                             |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                        |
| DELEGA IL/LA SIGNORE/A                                                                                                                                                      |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                        |
| 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

Data\* (gg/mm/aaaa)

Firma Cliente

## FORNITURE DA CESSARE

| N° CLIENTE           | POD/PDR              | INDIRIZZO FORNITURA  |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

  

### 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 email:

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

NOME E COGNOME

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| INDIRIZZO            | CAP                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| COMUNE               | PROV.                |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**è necessario allegare la copia (fronte/retro) di un documento d'identità 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 dichiarare:

- 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).

### Informativa sul trattamento dei dati personali

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE (nel seguito anche "GDPR"), Start Srl - SB, in veste di Titolare del trattamento, La informa che i dati personali conferiti attraverso il modulo che ha compilato saranno trattati nel rispetto delle prescrizioni della normativa in materia di protezione dei dati personali per dare seguito alla Sua richiesta. Informazioni più dettagliate sull'utilizzo dei dati personali da parte di **CAF Luce & Gas** sono disponibili sul sito **www.caflucegas.it** ovvero nella sezione Privacy Policy.

Titolare del trattamento è Start Srl - SB con sede legale in Via Francesco Caracciolo 13 - 80122 Napoli.

e-mail: **dpo@startsb.it** - numero verde: 800147568, ai quali l'interessato può rivolgersi per far valere i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del GDPR.

Luogo

Data\* (gg/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Firma Cliente