**RICHIESTA DI VERIFICA FORNITURA**

**Cos’è la Verifica del Misuratore (V1) o la Verifica della Pressione (V2).** E’ la richiesta presentata dal Cliente finale che richiede la verifica del corretto funzionamento del Misuratore o la misurazione del rispetto della fornitura minima di esercizio della rete di distribuzione cui è allacciato.

**Cosa serve per compilare il modulo:**

1. dati dei contatori
2. Codice Fiscale e Documento d’identità del richiedente

**Modalità di presentazione della richiesta:**

* + consegnato/sottoscritto direttamente presso gli sportelli di VUS COM SRL ai seguenti indirizzi: VUS COM SRL - Via Antonio Gramsci, 54 – 06034 Foligno (PG)

VUS COM SRL – Via Busetti 28 – 06049 Spoleto (PG)

* + inviato per posta all’indirizzo: VUS COM SRL – Via Antonio Gramsci, 54 – 06034 Foligno (PG)
  + a mezzo fax al n. 0742/718888
  + a mezzo e-mail all’indirizzo [info@vuscom.it](mailto:info@vuscom.it)
  + a mezzo pec all’indirizzo [vuscomsrl@pec.it](mailto:vuscomsrl@pec.it)

**N.B. L’Azienda, nel rispetto della normativa in vigore, darà corso alla presente richiesta considerando accettati da parte del richiedente gli eventuali costi che si dovranno sostenere a causa della suddetta verifica in caso di risultanze entro i parametri di esercizio normativamente previsti.**

1

**1.DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE PER VERIFICA DEL MISURATORE (V1) O PER VERIFICA DELLA PRESSIONE DI FORNITURA (V2)**

## Il / La sottoscritto/a (persona fisica)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Nome | |  |  |  | . |
| Nato/a a |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Prov. ( | | ) in data | / | / | . |
| Codice Fiscale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Residente in: Indirizzo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | n° civico |  | . |
| Comune |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | CAP | Provincia |  | . |

**Il / La sottoscritto/a (persona giuridica)**

2

Cognome Nome .

Nato/a a Prov. ( ) in data / / . Codice Fiscale

In rappresentanza della società P.IVA Cod.Fisc.

Con sede legale in Indirizzo n° civico .

Per il PdR

**RICHIEDE (barrare una sola richiesta)**

**LA VERIFICA DEL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEL MISURATORE (V1) □**

**LA VERIFICA DELLA PRESSIONE DI FORNITURA (V2) □**

## I tuoi contatti

Tel.Fisso / Tel. Mobile / Fascia di contatto □ 8/12 □ 12/14 □ 14/17 Email @ Pec *(solo per le Aziende)* @ .

## Avvertenze

**Il costo dell’intervento del Distributore sarà a carico del cliente finale qualora, a seguito della verifica, non risultasse alcuna anomalia nel funzionamento del gruppo di misura. Il cliente, con la sottoscrizione del presente modulo, dichiara di esserne a conoscenza e di accettarlo.**

Data / / Firma C:\Users\massimo.casciola\Pictures\Firma.jpg

**2. ALLEGATI OBBLIGATORI (presentati e/o sottoscritti)**

* Fotocopia del documento di identità in corso di validità
* Fotocopia del codice fiscale
* Eventuale delega scritta + documento di identità del delegato