

Spett.le
A.P.M S.P.A
Area Gestione Clienti
Viale Don Bosco n. 34
62100 MACERATA (MC)

RICHIESTA CONTROLLO LIVELLO DI PRESSIONE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ Codice fiscale _____

Residente in via _____ nc _____

Comune _____ Provincia _____ Cap _____

In qualità di: Intestatario del Contratto Legale Rappresentante della Società Amministratore di Condominio
 Altro (Specificare) _____

CHIEDE

Ai sensi dell'art.31 della delibera ARERA n°655/2015/R/IDR del 23/12/15, la verifica del livello di pressione al punto di consegna

del Contatore Matricola _____ **Codice contratto/utenza** _____

Intestazione Contratto _____

Cod.Fiscale _____ Part.Iva _____

Ubicazione Fornitura _____ nc _____

Comune _____ Provincia _____ cap _____

Telefono fisso _____ Cell. _____ Fax _____

E-Mail _____ Pec _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

Il sottoscritto richiedente inoltre **dichiara**:

- Di essere a conoscenza che, in caso di misuratore posto in un luogo il cui accesso è consentito solo in presenza del titolare del contratto o di altra persona da questi incaricata, è necessaria, causa ANNULLAMENTO DELLA RICHIESTA, la propria presenza o di persona delegata nel giorno e nella fascia oraria che sarà comunicata da APM SpA per consentire l'accesso al personale incaricato;
- Di essere a conoscenza che se, a seguito della verifica, il livello di pressione risulterà conforme ai parametri indicati nella Carta del Servizio Idrico Integrato, APM SpA addebiterà € 77,00, come previsto dal prezzario lavori conto utenti in riferimento all'art. 48 bis del vigente Regolamento del S.I.I. A.A.T.O. 3 Marche Centro – Macerata

Luogo e Data _____ **Firma del richiedente / Legale rappresentante** _____

All.to: Fotocopia documento d'identità.

LA PRESENTE RICHIESTA PUO' ESSERE INVIATA:	- ½ posta APM S.p.A. Area Gestione Clienti- Viale Don bosco n. 34- 62100 Macerata (MC)
Fax: 07332935226	- Email: servizi.idrici@apmgroup.it - Pec: commerciale@pec.apmgroup.it -
Oppure consegnata presso lo sportello clienti di Macerata in Viale Don Bosco n. 34 - nei seguenti orari - Mattino dal Lunedì al giovedì 08:30 12:30; venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.00 - Pomeriggio Lunedì Martedì Mercoledì e Giovedì dalle ore 14:20 alle ore 17:20 -	
Oppure consegnata presso lo sportello clienti di Castelfidardo Via Cesare Battisti 36/A nei seguenti orari - Mercoledì dalle ore 08:30 alle ore 12:00 - Mercoledì pomeriggio dalle ore 14:30 alle ore 16:00.	

Informativa privacy

Ai sensi del REG. UE 2016/679 vi informiamo che i vostri dati anagrafici sono conservati presso i nostri archivi ed utilizzati per finalità amministrative, contabili e per adempimenti agli obblighi di legge. L'informativa completa è visualizzabile al presente link:

http://www.apmgroup.it/index.php?option=com_content&view=article&id=106&Itemid=164