

## **RICHIESTA DI DISALIMENTAZIONE**

II/La sottoscritto/a		
Cognome e Nome	Data di na	ascita
Comune di nascita		Provincia di nascita
Codice fiscale		
Residente in		numero
CAP Comune _		Provincia
Telefono/Cellulare	PEC/E-mail	
in qualità di (allegare la copia del	documento di identità e del codice fiscale in corso di validità d	del firmatario):
☐ Proprietario		
☐ Rappresentate legale dell'azi	ienda	
P.IVA	Codice fiscale	
con sede in		numero
CAP Comune _		Provincia
la disalimentazione del punto di p	CHIEDE orelievo contraddistinto dal	
PdR numero	Matricola Contatore:	
sito in		numero
Disalimentazione da non eseguire	e prima del:	
Data		
Firma per esteso del Cliente / Timbro e firma per esteso del Leg	gale Rappresentante	

