

Il/La sottoscritto/a	
nato/a a	il / /
Codice Fiscale	
residente in	via/n.
Parti da compilare in caso di soggetto diverso da persona fisica	in qualità di
	della società
	con sede legale a
	Partita IVA

delega

Il/La Sig./Sig.ra	
nato/a a	il / /
Codice Fiscale	
residente in	via/n.
Documento di identità numero:	
Rilasciato da	il / /

con riferimento all'utenza identificata

(compilare una delle 5 opzioni sottostanti)

dal codice contratto	3	in caso utenze Acqua, Gas, Energia Elettrica, Teleriscaldamento o Tariffa Corrispettiva Puntuale in gestione Hera
dal codice posizione tributaria	3	in caso utenza TARI in gestione Hera
dal codice pratica provvisorio		in caso richiesta attivazione utenza rifiuti ad Hera
dal codice utenza		In caso di gestione della Tariffa/Tributo da parte del Comune

per l'immobile ubicato in

Via, Piazza, ...	numero
Comune	

a richiedere

(inserire crocetta sulla/opzione/i oggetto della delega)

☐ rateizzazione dei pagamenti	☐ copia dell'estratto conto	☐ duplicato delle richieste di pagamento
☐ qualunque informazione sui consumi e sulle caratteristiche dell'utenza Gas, Acqua, Energia Elettrica, Teleriscaldamento e sulle caratteristiche e conferimenti dell'utenza a Tariffa Corrispettiva Puntuale o TARI		
☐ L'attivazione dei contratti attraverso la sottoscrizione della modulistica contrattuale relativa a: Dati anagrafici, Caratteristiche del punto di fornitura. Analisi consumi (ove previsto), Modalità di pagamento e invio della bolletta, Trattamento dei dati personali, Sottoscrizione per accettazione, Dichiarazione di cessazione del rapporto contrattuale con l'attuale fornitore.		
☐ (altro da specificare)		

a dichiarare/comunicare/richiedere al gestore Hera, per proprio conto

☐ riduzioni/agevolazioni, attivazione, variazione, riduzione/agevolazione, riduzioni/agevolazioni o cessazione dell'utenza del servizio rifiuti attraverso la modulistica predisposta dal gestore
--

a ritirare per proprio conto

☐ il kit di dotazioni per il conferimento dei rifiuti	☐ La dotazione dedicata per raccolta pannolini/presidi medici
☐ (altro da specificare)	

ratificando sin d'ora l'operato e sollevando Hera Comm da ogni responsabilità in merito alle attività delegate.

Luogo e Data **Firma Delegante**

E' necessario

- allegare fotocopia del documento di identità del delegante
- che il delegato si presenti con documento d'identità valido.