

MODULO RICHIESTA SUPPORTO PER ANNULLAMENTO / RESTITUZIONE CMOR

(se compilato a mano si prega di scrivere in stampatello)

DATI DEL CLIENTE TITOLARE DELLA FORNITURA

Nome e cognome / Ragione sociale

Cod. Fiscale / P.IVA

Rappresentante legale (se applicabile, nome e cognome)

Indirizzo

Città

Prov.

CAP

Telefono fisso

Cellulare

Email

DATI DELLA FORNITURA PER LA QUALE SI RICHIEDE SUPPORTO

Consumatore

☐ Domestico

☐ Non domestico

Nome esercente che ha
addebitato il CMOR

POD

Indirizzo di fornitura

Città

Prov.

CAP

INFORMATIVA PRIVACY

RICHIESTE SUPPORTO PER

Nuova pratica

Pratica già presentato allo Sportello con numero di riferimento SPCEN

Oggetto richiesta e ulteriori informazioni

Annullamento del Cmor addebitato in assenza delle condizioni previste dall'Autorità (1)

Annullamento e/o restituzione del Cmor in
quanto l'intero debito è stato saldato (2)

Si conferma l'avvenuto invio del reclamo scritto
all' esercente

Data invio reclamo scritto all' esercente

Ha ricevuto risposta al reclamo scritto?

SI

NO

ATTENZIONE

Per poter procedere con l'invio della presente richiesta, è **OBBLIGATORIO** aver precedentemente inviato un reclamo scritto all' esercente la vendita uscente (che ha cioè richiesto l'applicazione del CMOR) e:

- aver atteso, almeno, 40 giorni solari dalla data di invio, senza che sia pervenuta una risposta scritta
o, in alternativa,
- aver ricevuto una risposta scritta ritenuta non soddisfacente,
- essere nelle condizioni di cui alle note (1) e (2).

Descrizione dei fatti (il motivo per cui si richiede supporto e qualunque altro elemento utile alla comprensione delle vicende)

This image shows a full page of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Luogo e data

Firma del cliente

(1): l'esercente uscente non ha allegato nella sua risposta scritta tutta la documentazione che attesta l'esistenza dei presupposti per richiedere l'indennizzo, in particolare:

- a) la costituzione in mora con l'informazione circa la possibilità di applicare il CMOR in caso di inadempimento;
- b) che il debito non è stato saldato nel termine di pagamento indicato nella costituzione in mora, né nell'ulteriore termine, comunque indicato nella costituzione in mora, decorso il quale l'esercente avrebbe potuto inviare all'impresa distributrice la richiesta di sospensione della fornitura;
- c) che il debito non saldato non riguarda una ricostruzione consumi per malfunzionamento del contatore;
- d) la risposta motivata ad un eventuale reclamo del cliente relativo ai corrispettivi non pagati;
- e) che è stata emessa la fattura di chiusura e che sono già stati accreditati eventuali indennizzi per il ritardo nella risposta ai reclami.

(2): il cliente ha già pagato l'intero debito verso l'esercente uscente.

ALLEGATI OBBLIGATORI

N. 1 - Copia completa della bolletta riportante il CMOR

N. 2 - Reclamo già inviato all'esercente

N. 3 - Ricevute da cui risulti il pagamento dell'intero debito: **obbligatorio** nel caso di richiesta di supporto per "Annullamento e/o restituzione del Cmor in quanto l'intero debito è stato saldato"

N. 4 - **Delega**: obbligatoria se la richiesta non è presentata dal cliente intestatario della fornitura

ALTRI ALLEGATI (se disponibili)

N. 5 - Risposta eventualmente ricevuta dall'esercente : **obbligatorio** nel caso di avvenuta ricezione della stessa

N. 6 - Altri documenti utili

Allegato 1 - Modulo **Delega per pratica inviata con modalità NON telematica (cliente domestico e delegato non professionista)**

DELEGA *

(da compilare a cura del CLIENTE, se la pratica è inviata da un suo delegato. È OBBLIGATORIO allegare un documento di identità del cliente non scaduto)

Il/La sottoscritto/a

DELEGA

DATI IDENTIFICATIVI DEL DELEGATO

Nome e cognome

Codice Fiscale

Indirizzo: Via / Piazza

Città

Prov.

CAP

Telefono fisso

Cellulare

Email

a proporre e a gestire la presente pratica, nonché a ricevere le successive comunicazioni relative alla stessa.

Firma del cliente

Firma del delegato

INFORMATIVA PRIVACY

* Per le pratiche aperte in modalità telematica, le informazioni sono acquisite automaticamente dai dati inseriti in fase di registrazione al Portale Unico.

DATI ASSOCIAZIONE CLIENTI FINALI

A quale associazione appartieni? *

Denominazione associazione *

Codice Associazione

CAP sede territoriale

* Campo a compilazione guidata dal sistema

DELEGA *

(da compilare a cura del CLIENTE, se la pratica è inviata da un suo delegato. È OBBLIGATORIO allegare un documento di identità del cliente non scaduto)

Il/La sottoscritto/a

DELEGA

DATI IDENTIFICATIVI DEL DELEGATO

Nome e cognome

Cod. Fiscale / P. IVA

Indirizzo: Via / Piazza

Città

Prov.

CAP

Telefono fisso

Cellulare

Email

a proporre e a gestire la presente pratica, nonché a ricevere le successive comunicazioni relative alla stessa.

Firma del cliente

Firma del delegato

INFORMATIVA PRIVACY