

MODULO RICHIESTA INFORMAZIONI NOMINATIVO FORNITORE E TEMPI PER ESECUZIONE CAMBIO FORNITORE

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

Servizio

Elettrico

Gas

Elettrico e Gas

Contratto di fornitura

Mercato
libero

Mercato
tutelato

Salvaguardia
(solo elettrico)

FUI
(solo gas)

Default
(solo gas)

Info non
disponibile

Nome attuale esercente

POD (per energia elettrica)

PDR (per gas)

Indirizzo di fornitura

Città

Prov.

CAP

INFORMATIVA PRIVACY

RICHIEDE DI CONOSCERE

Data da cui decorre il cambio esercente

Nominativo dell'esercente cui attualmente è assegnato il punto di fornitura

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

Luogo e data

Firma del cliente

ALLEGATI OBBLIGATORI

N. 1 - Documento di identità, in corso di validità, del cliente

N. 2 - **Delega**: obbligatoria se la richiesta non è presentata dal cliente intestatario della fornitura

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