



MAIL: [disattivazione@sisamspa.it](mailto:disattivazione@sisamspa.it)

SPETT.LE **S.I.C.A.M. S.R.L.**  
LARGO ANSELMO TOMMASI, 18  
46042 – CASTEL GOFFREDO (MN)

**DATI FORNITURA** *CAMPI OBBLIGATORI*

CODICE ANAGRAFICO \_\_\_\_\_ CODICE SERVIZIO \_\_\_\_\_ MATRICOLA CONTATORE \_\_\_\_\_

UBICAZIONE DEL CONTATORE:  POZZETTO  NICCHIA  POZZETTO MARCIAPIEDE  POZZETTO PASSO CARRAIO  ALTRO \_\_\_\_\_

TIPOLOGIA USO:  DOMESTICO  NON DOMESTICO  ALTRI USI  
*(domestico) (scuole, ospedali, edifici pubblici, centri sportivi) (commerciale, artigianale, irriguo, terziario, produttivo)*

Indirizzo fornitura (via e numero civico) \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

**DATI INTESTATARIO FORNITURA**

Cognome e Nome / denominazione /ragione sociale \_\_\_\_\_ Comune di residenza/sede legale \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Indirizzo di residenza/sede legale (via e numero civico) \_\_\_\_\_

SESSO:  M  F Cellulare \_\_\_\_\_ Telefono fisso \_\_\_\_\_

Codice fiscale/P.iva \_\_\_\_\_ Email/indirizzo Pec (obbligatoria per imprese, attività e condomini) \_\_\_\_\_

**DATI DEL RICHIEDENTE (COMPILARE SOLO SE DIVERSO DALL' INTESTATARIO DEL CONTRATTO)**

LEGALE RAPPRESENTANTE  AMMINISTRATORE DI CONDOMINIO  TUTORE/ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ  DELEGATO  ALTRO \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Indirizzo di residenza (via e numero civico) \_\_\_\_\_

SESSO:  M  F Cellulare \_\_\_\_\_ Telefono fisso \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Email/indirizzo Pec \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE IRREPERIBILITÀ INTESTATARIO**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ E ATTESTANTE PROPRIETÀ, REGOLARE POSSESSO DETENZIONE DELL'IMMOBILE  
(ARTT.46 E 47 D.P.R. 28/12/2000, N. 445 E S.M.I.- ART.5 DL 47/17 CONVERTITO IN L.80/2014)**

CONSAPEVOLE DI DECADERE DAI BENEFICI OTTENUTI IN CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE (ART.75 DPR DEL 28/12/2000, N°445), DELLE SANZIONI PENALI COMMUNICABILI, NEL CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, DI FORMAZIONE O USO DI ATTI FALSI (ART.76 DPR DEL 28/12/2000, N° 445) E CHE LE DICHIARAZIONI INCOMPLETE E/O IRREGOLARI NON DARANNO SEGUITO ALLA RICHIESTA (ART.71 CO.3 DPR DEL 28/12/2000, N°445)

IL SOTTOSCRITTO, IN QUALITÀ DI:

- PROPRIETARIO
- UNICO EREDE DELL'INTESTATARIO DELL'UTENZA
- NON UNICO EREDE DELL'INTESTATARIO DELL'UTENZA: DICHIARO DI AVER RICEVUTO DELEGA PER CONTO DEGLI ALTRI EREDI PER RICHIEDERE LA CHIUSURA CONTRATTUALE
- AMMINISTRATORE DI CONDOMINIO
- LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETÀ INTESTATARIA
- ALTRO \_\_\_\_\_

DELL'IMMOBILE DI CUI SOPRA, DICHIARA CHE L'INTESTATARIO DEL CONTRATTO DI SOMMINISTRAZIONE:

- È REPERIBILE A QUESTO RECAPITO \_\_\_\_\_
- SI È RESO IRREPERIBILE E NON HO NOTIZIE DA POTERVI COMUNICARE SU COME RINTRACCIARLO

DATA ..... FIRMA .....

**CAMPO OBBLIGATORIO**

**RICHIEDO LA DISATTIVAZIONE DEL SERVIZIO SOPRA INDICATO**

- DALLA DATA DI PRESENTAZIONE DEL PRESENTE MODULO  A PARTIRE DAL GIORNO .....  
 DALLA DATA DELL'APPUNTAMENTO CONCORDATO PER LA RILEVAZIONE DELLA LETTURA IL GIORNO ..... ALLE ORE .....

COMUNICANDO CHE IN DATA .....

LA LETTURA DEL CONTATORE È ..... MC - PER ACCETTAZIONE LETTURA RILEVATA.....

(S.I.C.A.M. S.R.L. SI RISERVA DI VERIFICARE QUANTO DICHIARATO)

(SOLO IN CASO DI APPUNTAMENTO)

**UBICAZIONE DEL CONTATORE**

CAMPI OBBLIGATORI

- ESTERNO, ACCESSIBILE  
 ESTERNO, PARZIALMENTE ACCESSIBILE (PRESENZA DI PORTINERIA, LUOGHI NON PRESIDATI MA ACCESSIBILI AI QUALI AUTORIZZO SIN D'ORA L'ACCESSO)  
 INTERNO NON ACCESSIBILE.  
PER FISSARE L'APPUNTAMENTO PER LA SIGILLATURA/RIMOZIONE DEL MISURATORE INTERNO, DESIDERO ESSERE RICONTATTATO AL NUMERO \_\_\_\_\_

**PRENDE ATTO CHE:**

L'AZIENDA DEVE ESSERE MESSA IN CONDIZIONE DI OPERARE LA DISATTIVAZIONE, PERTANTO NEL CASO IN CUI IL CONTATORE NON SIA UBICATO ESTERNAMENTE ALLA PROPRIETÀ PRIVATA O COMUNQUE NON SIA IN POSIZIONE ACCESSIBILE, IL RECEDENTE DAL CONTRATTO DEVE GARANTIRE AL PERSONALE DELL'AZIENDA (APPUNTAMENTO DA CONCORDARE) L'ACCESSO AL CONTATORE. IL VENIR MENO DELLA CONDIZIONE DI CUI SOPRA ANNULLA A TUTTI GLI EFFETTI DI LEGGE LA VOLONTÀ DI DISDETTA ESPRESSA DALL'UTENTE CHE RIMANE TITOLARE DELL'UTENZA E, QUINDI, RESPONSABILE DI EVENTUALI CONSUMI E/O DANNI DA CHIUNQUE CAUSATI.

**DICHIARO INOLTRE:**

- CON LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE ISTANZA, DI TENERE INDENNE LA SOCIETÀ SICAM SRL, IN RAGIONE DEL RIMBORSO EFFETTUATO, DA OGNI PRETESA CHE VENISSE AVANZATA, ANCHE IN SEDE GIUDIZIARIA, DA PARTE DI ALTRI AVENTI CAUSA.
- DI AVER PROVVEDUTO A DARE ALLA PROPRIETÀ DEL LOCALE/STABILE (NUOVA PROPRIETÀ IN CASO DI VENDITA) COMUNICAZIONE DELLA PRESENTE DISDETTA, SOLLEVANDO SICAM SRL DA OGNI RESPONSABILITÀ DERIVANTE DALL'EVENTUALE SOSPENSIONE IMPROVVISA E SENZA PREAVVISO, DEL SERVIZIO.
- DI ALLEGARE COPIA DEL BOLLETTINO DI PAGAMENTO DELL'ULTIMA BOLLETTA RICEVUTA.
- DI IMPEGNARSI A PROVVEDERE AL PAGAMENTO DI EVENTUALI ALTRE BOLLETTE NON ANCORA LIQUIDATE IVI COMPRESA LA BOLLETTA A SALDO DA RECAPITARSI.

DATA ..... FIRMA .....

**NUOVO INDIRIZZO DI RECAPITO (DA NON COMPILARE SOLO SE L'INTESTATARIO RISULTA IRREPERIBILE)**

CAMPI OBBLIGATORI

Cognome e Nome / denominazione /ragione sociale

Indirizzo (via e numero civico)

Comune

Prov.

Cap

Telefono fisso

Cellulare

**RIMBORSI (DA NON COMPILARE SOLO SE L'INTESTATARIO RISULTA IRREPERIBILE)**

CAMPI OBBLIGATORI

SE DOVUTO, PER IL RIMBORSO SCELGO — NEL CASO IN CUI S.I.C.A.M. S.R.L. NON PROVVEDA IN BOLLETTA — LA SEGUENTE MODALITÀ DI PAGAMENTO:

- BONIFICO BANCARIO O POSTALE:**

IBAN

SIGLA

CONTR. INTER.

CONTR. NAZ.

CODICE ABI

CODICE CAB

CONTO CORRENTE

BENEFICIARIO

SE SI TRATTA DI UN BONIFICO ALL'ESTERO SERVE INDICARE ANCHE I SEGUENTI DATI:

CODICE BIC/SWIFT

CITTÀ D'ORIGINE DEL CONTO

PAESE/STATO D'ORIGINE DEL CONTO

- ASSEGNO F.A.D. INVIATO AL SEGUENTE INDIRIZZO:**

Cognome e Nome / denominazione /ragione sociale

Indirizzo (via e numero civico)

Comune

prov.

Cap.

Cellulare

Telefono Fisso

AI SENSI DELL'ART.38, D.P.R. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000, LA DICHIARAZIONE È SOTTOSCRITTA DALL'INTERESSATO IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO OVVERO SOTTOSCRITTA O INVIATA INSIEME ALLA FOTOCOPIA, NON AUTENTICATA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DICHIARANTE, ALL'UFFICIO COMPETENTE VIA FAX AL 0376/772280, TRAMITE UN INCARICATO, OPPURE A MEZZO POSTA.

**DATA** ..... **FIRMA** .....

**ATTENZIONE: ANCHE COMPILANDO UNA SOLA PARTE DEL MODULO, È NECESSARIO FIRMARE IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI, ALTRIMENTI LA RICHIESTA NON POTRÀ ESSERE EVASA**

INFORMATIVA EX ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO LEGGE 679/2016 : I DATI SOPRA RIPORTATI SARANNO UTILIZZATI AI FINI DEL PROCEDIMENTO PER IL QUALE SONO RICHIESTI E VERRANNO UTILIZZATI, CON L'AUSILIO DI STRUMENTI CARTACEI ED INFORMATICI, UNICAMENTE PER TALE SCOPO NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE. I DATI PERSONALI IN OGGETTO VERRANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE DAL GESTORE, DAI SUOI INCARICATI, DAI COMUNI GESTITI, DA SOGGETTI ESTERNI PER FINALITÀ GESTIONALI, CONNESSE O STRUMENTALI ALL'ATTIVITÀ ISTITUZIONALE DELLA STESSA CHE È QUELLA DI SOMMINISTRARE ACQUA. I SOGGETTI ESTERNI AI QUALI POTRANNO ESSERE COMUNICATI I DATI PERSONALI SONO: A) LE AZIENDE ALLE QUALI IL GESTORE. HA DELEGATO E/O AFFIDATO COMPITI DI NATURA OPERATIVA, ORGANIZZATIVA E TECNICA QUALI LA GESTIONE DELLA CLIENTELA TRAMITE CALL CENTER, LA LETTURA DEI CONTATORI, LA DISTRIBUZIONE DELLE BOLLETTE E ALTRE FUNZIONI NECESSARIE PER DARE CORSO AL CONTRATTO; B) LE AZIENDE DI CREDITO PER PROCEDERE ALL'ADDEBITO O ALL'ACCREDITO, SUL CONTO CORRENTE DI CORRISPONDENZA, DELL'IMPORTO DELLA BOLLETTA; C) LE SOCIETÀ DI INDAGINI DI MERCATO PER DARE CORSO ALLE VERIFICHE SULLA SODDISFAZIONE DELL'UTENZA IN MERITO AL SERVIZIO RESO PREVISTE DAL DPCM DEL 4 MARZO 1996 PER IL SERVIZIO ACQUA; D) I COMUNI GESTITI PER POTER PROCEDERE A VERIFICHE INCROCIATE PER IL RISPETTO DI NORMATIVE VIGENTI.

L'INFORMATIVA IN FORMATO INTEGRALE È CONSULTABILE AL SITO WWW.SISAMSPA.IT PUBBLICATA ALLA PAGINA COMUNICAZIONE-PRIVACY POLICY.

**DATA** ..... **FIRMA** .....

**IN MANCANZA DEI DATI E IN ASSENZA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ LA PRATICA NON VERRÀ EVASA**

**RICEVENTE MODULO (NON COMPILARE – A CURA DI S.I.C.A.M. S.R.L.)**

OPERATORE SPORTELLO AL PUBBLICO ..... DATA .....

FIRMA .....