



COLLINE COMASCHE srl

Sede Legale e Uffici: Via IV Novembre 16 – 22075 LURATE CACCIVO (CO)
Capitale Sociale € 4.219.134,45 i.v.– R.E.A. di Como 298062
Partita Iva, Codice Fiscale e iscrizione nel Registro Imprese Como 03139240133
Telefono 031-4951211 / Fax 031-4951222 / e-mail info@collinecomasche.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ PER DENUNCIA PERDITE OCCULTE

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 / art. 1 comma 332 Legge 311 del 30/12/2004)

Modulo da compilare a cura dell'intestatario della fornitura d'utenza o del Legale rappresentante in caso di persona giuridica o di condominio
Il sottoscritto

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____

Nato _____ Prov. _____ Nazione _____ il _____ / _____ / _____ Sesso M F

Telefono fisso _____ Telefono cellulare _____ Telefax _____ e-mail _____ @ _____

in qualità di: proprietario affittuario usufruttuario
 amministratore legale rappresentante _____

Società o Condominio _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

dell'utenza n. _____ relativa all'immobile sito in:

_____ (Via/civico) _____ Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di aver riscontrato in data _____ una perdita occulta a valle del contatore **causata dalla rottura di tubazioni incassate nei muri o interrata**, come evidenziato da n. _____ foto allegate, e che:

- La riparazione è stata eseguita in data _____, come risulta dalla dichiarazione dell'idraulico qualificato che è intervenuto per la riparazione e che viene allegata alla presente dichiarazione
- La lettura del contatore alla data della riparazione era mc. _____;
- La fattura interessata dalla perdita è la n° _____ del _____ allegata alla dichiarazione (1)

CHIEDE

di poter ottenere l'applicazione degli sgravi previsti in caso di perdite occulte, ritenendosi, sin da ora, disponibile a fornire ogni ulteriore chiarimento per comprovare quanto sopra dichiarato.

Letto, confermato, sottoscritto _____
Data _____ Firma del Dichiarante _____

Allegato copia documento identità Dichiarante

(1) Nel caso di più fatture interessate dalla perdita occulta occorre allegare copia delle stesse

In presenza di dichiarazione incompleta o in mancanza degli allegati richiesti, la presente richiesta verrà respinta. Colline Comasche srl, allo scopo di verificare la validità della richiesta, si riserva la facoltà di effettuare propri accertamenti con verifiche sul posto

RISERVATO A COLLINE COMASCHE srl

Data _____
Firma Operatore _____