FAC SIMILE DA UTILIZZARE SU CARTA INTESTATA DELL’UTENTE

da inviare all’indirizzo: esercizio-rete@pec.italgas.it

Richiesta di attivazione di SERVIZIO SOSTITUTIVO DI ALIMENTAZIONE

per mancata consegna del gas a Punto di Riconsegna della rete di trasporto

Il sottoscritto………………………… nato a…………………. il………………., in qualità di ………. della Società (ragione sociale ) …….. con sede legale in …….. partita IVA …………..,

# RICHIEDE

che, al fine di garantire l’erogazione del servizio di distribuzione, in occasione delle sospensioni della consegna del gas a punti di riconsegna della rete di trasporto, di seguito specificate, sia attivato il SERVIZIO SOSTITUTIVO DI ALIMENTAZIONE.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Impianto(cod. REMI) | COMUNE | Data inizio sospensione | Ora inizio sospensione | Data fine sospensione | Ora fine sospensione |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

In fede

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATA** |  | **TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE DEL DICHIARANTE** |

Allegati: fotocopia documento di identità