

N. Pratica Illumia \_\_\_\_\_

**RICHIESTA VERIFICA GRUPPO DI MISURA ENERGIA**

Il sottoscritto\* \_\_\_\_\_

 Titolare della ditta individuale \_\_\_\_\_ Legale rappresentante della società \_\_\_\_\_

P.IVA\* \_\_\_\_\_ C.F. \* \_\_\_\_\_

Con sede legale in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la verifica del gruppo di misura per il punto di prelievo sito in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ POD \_\_\_\_\_

**In caso di necessità potete contattarmi al numero di telefono** \_\_\_\_\_**Motivazione:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Display Guasto                       | <input type="checkbox"/> Display Spento                        |
| <input type="checkbox"/> Interruttore Guasto                  | <input type="checkbox"/> Misuratore con calotta aperta         |
| <input type="checkbox"/> Misuratore non integra correttamente | <input type="checkbox"/> Misuratore rumoroso                   |
| <input type="checkbox"/> Orologio disallineato                | <input type="checkbox"/> Supporto misuratore distaccato/guasto |
| <input type="checkbox"/> Integrazione per fascia oraria       | <input type="checkbox"/> Misuratore danneggiato                |
| <input type="checkbox"/> Modulo segnali Cliente guasto        | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____             |

Il sottoscritto dichiara di accettare il pagamento dei costi previsti dal Distributore, ai sensi dell'Allegato Tabelle TIC della Delibera ARERA 630/2023, pari a € 50 + iva, qualora dalla verifica risulti il corretto funzionamento del gruppo di misura.

La verifica del gruppo di misura sarà effettuata dall'impresa distributrice con le modalità ed entro le tempistiche previste dalla normativa vigente.

La informiamo che, qualora la presente modulistica, debitamente compilata e sottoscritta, non dovesse pervenire entro 15 giorni dalla data di invio della presente all'e-mail [servizioclienti@illumia.it](mailto:servizioclienti@illumia.it), considereremo annullata la sua richiesta.

**TIMBRO E FIRMA**

Data \_\_\_\_\_

**Si allega copia fronte retro del documento d'identità.**

\*In caso di Clienti non domestici compilare il campo Ditta ed indicare P.IVA e C.F. della stessa, nel caso di Clienti domestici compilare il campo C.F. indicando quello del titolare del contratto.

**Illumia S.p.A.**

Via de' Carracci, 69/2 - 40129 Bologna

**illumia.it**Servizio Clienti: 800.046.640 da telefono fisso  
051.600.80.80 da cellulare; Fax 051.04.04.055

Capitale Sociale: euro 3.000.000,00 i.v. - Codice fiscale e P. IVA: 02356770988

Iscritta presso C.C.I.A.A. di Bologna Registro Imprese 02356770988

Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento di Tremagi S.r.l.

C.F., P. IVA e N. Registro Imprese di Bologna: 02965701200