

MODULO ZONA ROSSA

RICHIESTA DI PROROGA DELLE AGEVOLAZIONI A SOSTEGNO DELLE POPOLAZIONI COLPITE DAGLI EVENTI SISMICI DEL 2016-2017 come previsto dall'art. 3.1bis della delibera ARERA

111/2021/R/com

(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a (*Cognome e Nome*) _____

nato/a a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale _____

In qualità di legale rappresentante della società (compilare se persona giuridica o ditta)

_____,

Partita IVA _____

DICHIARA

Consapevole che le informazioni riportate nella presente dichiarazione sono accertabili ai sensi dell'art. 43 del D.P.R. n. 445/2000 ovvero documentabili su richiesta delle amministrazioni competenti. Consapevole altresì della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di tali informazioni e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

- di essere titolare della seguente utenza/fornitura sita in una delle zone rosse attualmente presente in uno dei Comuni del Centro Italia di cui agli allegati 1, 2 e 2 *bis* al d.l. 189/16 colpiti dagli eventi sismici del 2016
- di usufruire di una fornitura di energia elettrica il cui Codice POD è (*il codice POD è indicato nella bolletta*)

IT ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Via (indirizzo fornitura) _____

Comune _____ Prov. _____

E-mail _____ Telefono _____ (*facoltativo*)

Luogo e data _____

Firma del titolare dell'utenza (*timbro se diverso da persona fisica*) _____

Allegati:

- copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità