



**SERVIZI  
INTEGRATI  
BELLUNESI**

SERVIZI INTEGRATI  
BELLUNESI S.P.A.  
Sede Legale e amministrativa  
Via Tiziano Vecellio, 27/29  
32100 Belluno (BL)

SERVIZIO CLIENTI  
servizio.clienti@sibspa.it  
DALL'ESTERO +39 0445230521



PRENOTAZIONI  
APPUNTAMENTI  
ALLO SPORTELLO



PRONTO  
INTERVENTO  
TELERISCALDAMENTO



**RICHIESTA DI DISATTIVAZIONE DELLA FORNITURA  
SERVIZIO TELERISCALDAMENTO  
ALLEGARE COPIA FOTOSTATICA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ VALIDO**

DATI RICHIEDENTE	
<i>(Se persona fisica)</i> Cognome _____ nome _____	
luogo nascita _____	data nascita _____ cod.fiscale _____
residente in via _____ n° _____	comune di _____ CAP _____
tel./cell. _____	fax _____
<i>(Se persona giuridica. Es.ditte, enti, condomini, ecc.)</i> Ragione sociale _____	
cod.fiscale _____	p.iva _____
sede legale in via _____ n° _____	comune di _____ CAP _____
tel./cell. _____	fax _____ e-mail _____
in persona del legale rappresentante pro-tempore Sig. _____	

**TIPO PRESTAZIONE RICHIESTA**

Disattivazione della fornitura con chiusura del misuratore (lettura rilevata da personale Servizi Integrati Bellunesi S.p.a.);  
 Scollegamento dalla rete con chiusura e rimozione del misuratore (lettura rilevata da personale Servizi Integrati Bellunesi S.p.a.)  
 La data richiesta per la disattivazione, non antecedente alla data odierna, è \_\_\_\_\_  
 Daremo corso alla richiesta di disattivazione **con chiusura del misuratore** nel caso in cui entro la data indicata non sia stato richiesto un subentro.

**DATI UTENZA DA DISATTIVARE**

Utenza in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ comune di Santo Stefano di Cadore  
 intestata al richiedente e identificata con **codice di servizio** (desumibile dalla bolletta) n° \_\_\_\_\_  
 Dati misuratore: **matricola n°** \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI ACCESSO IMMOBILE**

Al fine di garantire l'accesso all'immobile da parte del personale Servizi Integrati Bellunesi S.p.a. per la lettura del misuratore, **la persona di riferimento**, con disponibilità di accesso ai locali, è il Sig \_\_\_\_\_  
 tel./cell. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

**RECAPITO BOLLETTA FINALE**

Stesso indirizzo di residenza o sede;      altro indirizzo: presso \_\_\_\_\_  
 in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONI OBBLIGATORIE**

Il Richiedente **dichiara** di essere informato, ai sensi e per effetti di cui all'art.13 della legge 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale il presente modulo viene compilato.

**ATTENZIONE:** per l'avvio della pratica il modulo deve essere compilato in tutte le sue parti.

**IL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

In caso di inoltro via e-mail, è necessario inviare scansione integrale dei documenti firmati in originale.

TLR-Rich-Disatt\_rev6\_01012025

**ALLEGA COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ E INVIA IL MODULO A SERVIZIO.CLIENTI@SIBSPA.IT**