



COMUNE DI GARLEND A

Via Roma n° 4
C.A.P. 17033
P.Iva 0032798009

PROVINCIA DI SAVONA

Tel. (0182) 580.056
Fax. (0182) 580.343



ACQUEDOTTO POTABILE COMUNALE

Domanda Chiusura del contatore

Il Sottoscritto:

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: ____/____/____ Luogo di Nascita : _____

Codice Fiscale/P.IVA : _____

Indirizzo/ Sede Legale: _____

Comune: _____ Provincia: _____ C.A.P. _____

Tel. _____ Fax _____

in qualità di _____

CHIEDE

Che il contatore per la fornitura di acqua di proprietà di _____ sita in
Garlanda , Via _____ venga chiuso perché inutilizzato

il quale segna mc. _____

Visto il nulla osta per la chiusura

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

IL RICHIEDENTE

Garlanda lì ____ / ____ /200__