

MC1 Modifica di condizioni di connessione e contrattuali - Aumento di Potenza o Modifica della Tensione
(I campi con * sono obbligatori)

Spett.le Fornitore,
la presente al fine di richiedere la trasmissione della richiesta di variazione della tipologia o modifica della tensione del punto di fornitura di seguito specificato al Distributore Locale competente:

Intestatario/a del punto di fornitura

Ragione Sociale*: _____ Partita IVA*: _____
(da compilare solo in caso di cliente non domestico)

Nome*: _____ Cognome*: _____
(in caso di cliente non domestico, compilare con i Dati del/della Legale Rappresentante o persona munita di idonei poteri)

Codice Fiscale*: _____

Punto di fornitura

POD*: IT _____

Via*: _____ N.*: _____

CAP*: _____ Città*: _____ Provincia*: _____

Distributore Locale*: _____

Indirizzo di fatturazione (se diverso dall'indirizzo di fornitura)

Via: _____ N.: _____

CAP: _____ Città: _____ Provincia: _____

Indirizzo Sede Legale o di Residenza

Via: _____ N.: _____

CAP: _____ Città: _____ Provincia: _____

Riferimenti Cliente

(se i contatti non corrispondono a quelli presenti in anagrafica, si fa presente che verranno utilizzati solo per la presente procedura)

E-mail Cliente*: _____

Numero Telefono Cliente*: _____

Delegato Cliente: _____
(in caso di compilazione si prega di allegare la delega)

Dati tecnici

Codice Ateco*: _____

Consumo annuo stimato (kWh): _____
(il campo "Codice Ateco" è da compilare solo in caso di cliente non domestico)

Selezionare le modifiche richieste:

Tipologia contratto attuale:

☐ Domestico residente ☐ Domestico non residente ☐ Illuminazione Pubblica ☐ Altri Usi

Tipologia contratto richiesta:

☐ Domestico residente ☐ Domestico non residente ☐ Illuminazione Pubblica ☐ Altri Usi

La presente richiesta, ai sensi e per gli effetti dell'art. 60.4 della Del. 333/07 dell'Autorità per l'energia elettrica e il gas, viene avanzata tramite il Fornitore in quanto mandatario senza rappresentanza per la stipula del contratto di trasporto e dispacciamento relativamente ai punti di prelievo interessati dalle prestazioni oggetto della stessa.

Presenza sollevamento persone: ☐ Si ☐ No

(In caso affermativo "SI" allegare obbligatoriamente autocertificazione. In caso di mancata compilazione sarà considerato "NO").

Disalimentabilità

☐ Non disalimentabile - Apparecchiature medico-terapeutiche necessarie per l'esistenza in vita e alimentate a energia elettrica (Allegare Documentazione Medica)

☐ Non disalimentabile - Pubblica utilità art. 18.1 a) e c) Del. ARERA 04/08

Alla presente, alleghiamo:

- una copia del documento d'identità della persona richiedente.

Restiamo a disposizione per ogni eventuale chiarimento o integrazione.

Distinti saluti,

Luogo e data, _____

Firma _____