

Codice di Tracciabilità:

| DATI ANAGRAFICI DEL DICHIARANTE            |  |        |    |  |
|--------------------------------------------|--|--------|----|--|
| Il/la sottoscritto/a (Cognome e Nome)      |  |        |    |  |
| Nato/a a                                   |  | il     |    |  |
| Residente/avente Sede Legale nel Comune di |  |        |    |  |
| In Via                                     |  |        | n° |  |
| Cod. Fisc.                                 |  | P. Iva |    |  |
| Tel.                                       |  | Cell.  |    |  |
| E-mail                                     |  | Pec    |    |  |

| PER IL SEGUENTE INDIRIZZO DI FORNITURA: |  |    |  |                  |  |           |  |
|-----------------------------------------|--|----|--|------------------|--|-----------|--|
| Utenza intestata a:                     |  |    |  | Codice Fornitura |  |           |  |
| Comune                                  |  |    |  | Codice Cliente   |  |           |  |
| Via                                     |  | n° |  | C.A.P.           |  | Provincia |  |

**intendo chiedere il rimborso** della/e seguente/i fattura/e a credito:

|          |            |
|----------|------------|
| n° _____ | di € _____ |
| n° _____ | di € _____ |
| n° _____ | di € _____ |
| n° _____ | di € _____ |

**TOTALE €**

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dagli art.75 e 76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii. per false attestazioni e dichiarazioni mendaci **DICHIARA di essere** (barrare/compilare)

☐ Utente☐ Rappresentante Legale dell'Utente (**allegare documentazione attestante il titolo**)☐ Delegato dall'Utente (**allegare Delega**)

☐ Erede/coerede del de cuius (Utente), unitamente a:

|                         |                                                 |
|-------------------------|-------------------------------------------------|
| 1) Cognome e Nome _____ | Codice fiscale  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| domicilio _____         |                                                 |
| 2) Cognome e Nome _____ | Codice fiscale  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| domicilio _____         |                                                 |
| 3) Cognome e Nome _____ | Codice fiscale  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| domicilio _____         |                                                 |
| 4) Cognome e Nome _____ | Codice fiscale  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| domicilio _____         |                                                 |
| 5) Cognome e Nome _____ | Codice fiscale  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| domicilio _____         |                                                 |

.....  
 .....  
 .....

dai quali è stato autorizzato/a a riscuotere e chiede che l'assegno/bonifico venga emesso a proprio favore e recapitato all'indirizzo di cui sopra. Con la presente dichiarazione il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di tenere indenne e manlevare Alto Trevigiano Servizi S.p.A. in ragione del rimborso effettuato nei propri confronti da ogni pretesa che venisse avanzata, anche in sede giudiziaria, da parte di eventuali aventi causa.

Codice di Tracciabilità:

**CHIEDE** che il rimborso venga eseguito nel seguente Conto Corrente \*:

[illegible]

**\*In caso di mancanza di un conto corrente per il rimborso contattare il Servizio Clienti (Tel.800.800.882 - *gratuito da rete fissa e mobile*) / Nel caso la compensazione richiesta non risponda ai requisiti, Alto Trevigiano Servizi S.p.A provvederà a darne opportuna comunicazione utilizzando i recapiti forniti dall'utente/richiedente**

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679:** Alto Trevigiano Servizi S.p.A., con sede legale in via Schiavonesca Priula 86, Montebelluna (TV), Titolare del Trattamento dei dati personali già comunicati o che verranno in futuro comunicati, la informa che i dati che la riguardano saranno oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata, da parte della Società in relazione ai rapporti pre-contrattuali e/o contrattuali intercorsi con lei o a quelli che potranno essere intrattenuti in futuro. La presente informativa sintetica è integrata dall'informativa estesa consultabile nella sezione Privacy del sito internet [www.altotrevigianoservizi.it](http://www.altotrevigianoservizi.it).

**Allegare documento di identità dell'Utente e del suo eventuale delegato.**

**Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_ (anche per presa visione dell'informativa)

**La richiesta di RIMBORSO può essere inoltrata tramite:**

- Pec: azienda@ats-pec.it e-mail: info@altotrevigianoservizi.it
- Posta: Via Schiavonesca Priula, 86 - 31044 MONTEBELLUNA (TV)
- Uno degli Sportelli aperti al pubblico (Sedi ed orari sono consultabili nel sito [www.altotrevigianoservizi.it](http://www.altotrevigianoservizi.it))

| SPAZIO A CURA DEL GESTORE |                          |           |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |            |                              |
|---------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------|------------------------------|
| Data ricevimento          |                          |           | Codice richiesta         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |            |                              |
| Canale:                   | <input type="checkbox"/> | Sportello | <input type="checkbox"/> | Posta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | E-mail/pec | <input type="checkbox"/> SOL |
| Motivo del rimborso:      |                          |           |                          | <input type="checkbox"/> Doppio pagamento<br><input type="checkbox"/> Pagamento importo errato<br><input type="checkbox"/> Fattura negativa<br><input type="checkbox"/> Nota di accredito<br><input type="checkbox"/> Annullamento pratica prev.n. _____<br><input type="checkbox"/> Compensazione<br><input type="checkbox"/> Altro: _____<br>_____ |                          |            |                              |
|                           |                          |           |                          | Importo da restituire: € _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |            |                              |

Visto dell'incaricato ricevente la richiesta