



# 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /201\_\_