



CERTIFICAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI MORTE

Ex Art. 46 DPR 445/2000



IL/LA SOTTOSCRITTO/A (compilare in stampatello)

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

In qualità di erede legittimo, consapevole delle responsabilità e sanzioni penali previste dall'Art. 46 DPR 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

che in data _____

è deceduto/a in _____

il Sig./la Sig. _____

nato/a a _____

il _____ Intestatario dell'utenza N. _____

di Via _____

La informiamo che i dati conferiti con il presente modulo sono raccolti e trattati unicamente per dare seguito alla Sua richiesta. Titolare del trattamento è **SGR Servizi S.p.A.** con sede in **Via G. Chiabrera 34/B - 47924 Rimini (RN)**. L'informativa completa è disponibile sul sito internet indicato in calce alla pagina, per ogni richiesta in merito al trattamento dei dati personali scrivere all'indirizzo privacy@sgrlucegas.it.

Data _____

Firma del Cliente _____



N. Verde
800 900 147

Fax
0541 30 30 67

E-mail
contratti@sgrlucegas.it

Internet
sgrlucegas.it

SGR Servizi S.p.A. - Cap. Soc. € 5.982.262 i.v. - Via Chiabrera, 34/B - 47924 Rimini (RN)
C. F. e P. IVA 00338000409 - REA RN 0283234 - Dir. e Coord. Gasrimini Holding S.p.A.

SGR-D-GL-110
01/10/18