



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**  
(art. 47 del D.P.R. 445/2000)

**Spett.le**  
**ATI ESA srl -SOLARE srl** Concessionaria  
del Servizio di accertamento ed ispezione  
degli Impianti termici della **Regione Molise**

Il/La sottoscritto/a ....., nato il ...../...../..... a  
.....(.....) residente a ..... (.....) in Via ....., codice fiscale  
..... tel./cell. .... in relazione al

CODICE IMPIANTO: \_\_\_\_\_ ed in qualità di:

- responsabile dell'esercizio e manutenzione (occupante, titolare contratto di fornitura combustibile);
- terzo responsabile ex articolo 1, comma 1, lettera o) del D.P.R. 412/1993;
- familiare convivente di .....
- destinatario della comunicazione di attivazione servizio verifiche impianti termici;
- altro: .....

**CHIEDE**

**il rimborso della somma erroneamente versata a codesta società, pari ad € \_\_\_\_\_.**

Allo scopo, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii. e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, di cui all'art. 76 del DPR 445/2000,

- DICHIARA** che l'utenza relativa al codice sopra riportato, **non** individua un impianto termico ma è utilizzata soltanto per:
  - Acqua calda sanitaria     Cottura     Altro \_\_\_\_\_
- DICHIARA** che l'impianto individuato dal codice sopra riportato:
  - E' autocertificato (allegare copia del rapporto prepagato)
  - Altro (riportare altro motivo della richiesta) \_\_\_\_\_

**Dichiara di essere informato che le dichiarazioni sostitutive sono soggette a verifica.**

**Dichiara** altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del Decreto Legislativo n° 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il dichiarante  
\_\_\_\_\_

ALLEGATI:

- copia del bollettino attestante il versamento;     copia del modulo di autocertificazione (mod. F o G prepagato).

**Allega fotocopia del documento di identità valido del dichiarante**

**La presente richiesta dichiarazione può essere trasmessa:**

- via fax al numero **0874-873563-oppure 0865/441319**
- via mail alla casella [info@esasrlpe.it](mailto:info@esasrlpe.it) oppure alla casella [info@solaresrl.eu](mailto:info@solaresrl.eu)
- via posta all'indirizzo: **ATI ESA srl-SOLARE srl – Via Roma, 47 c/o Palazzo provinciale– 86100 CAMPOBASSO oppure via G. Berta c/o Provincia 86170 ISERNIA**
- consegnata a mano presso gli sportelli ai seguenti indirizzi:

Sportello di <i>Campobasso</i> Via Roma n.47 - c/o Palazzo provinciale dal lunedì al venerdì dalle 9,30 alle 12,00 il lunedì ed il mercoledì dalle 15,30 alle 17,30	Sportello di <i>Termoli</i> Via Madonna delle Grazie n.38 il lunedì ed il venerdì dalle 7,50 alle 13,50	Sportello di <i>Trivento</i> Piazza Fontana n.93 il martedì ed il giovedì dalle 8,30 alle 13,00	Sportello di <i>Isernia</i> Via G. Berta c/o Provincia Il lunedì, mercoledì e venerdì dalle 9:00 alle 13:00 e il martedì e il giovedì dalle 15,30 alle 17,30
--	--	--	---

*La documentazione trasmessa esclusivamente via fax o via PEC, ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 è conforme all'originale e lo sostituisce ai sensi dell'art. 43 comma 6 del DPR n. 445/2000. Solo su richiesta del destinatario verrà trasmesso anche l'originale.*