Mod. Richiesta controllo

**(ai sensi art. 5 c. 2 del D.M. 93 del 21/04/2017)**

# Alla Camera di Commercio di Nuoro

#  Ufficio Metrico

Via papandrea 8

08100 Nuoro

# attivitareg@nu.legalmail.camcom.it

Il sottoscritto ……………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………….

Nato a (. ), il |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| ,

Residente nel comune di Prov. |\_|\_| cap. |\_|\_|\_|\_|\_| ,

Via e n. civico……………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..

Telefono o Cellulare: ………………………………………………..………………………………………………………………………………………………….

Indirizzo e-mail/PEC: ……………………………………………..…………………………………………………………………………………………………….

□ **1** Persona fisica

□ **1** Legale rappresentante dell’Impresa **2**: ………………………………………………………………………….………………………………

con sede in ………………………………………………………………………………………………………………………….…….…. CAP: ……………………

Via………………………………………………………………………………………………………….…………..……………………………, n……………………….

Codice fiscale/partita I.V.A. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| In qualità di **1**:  **Utente**  **Altra parte interessata alla misurazione**

**RICHIEDE**

Il controllo in contraddittorio, ai sensi art. 5 c. 2 del D.M. 93 del 21/04/2017, del seguente strumento metrico: tipologia di strumento**3** ,

i cui dati caratteristici indicati nella targa o nel quadrante dello strumento sono:

Marca: ……………………………………………………; Modello/tipo: ……………………………………; Matricola o S/N ;

Portata Max o QMax: ……………………………….sito in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lo strumento sarà inviato per la verifica presso l’organismo accreditato…………………………………………. il cui laboratorio ha sede in …………………………….. Pr ……………… CAP ………………………via ………………………………………….. n. …………………………

Altri dati richiesti:

Gestore servizi: ……………………………………………………………………………..; Numero Utenza: ………………………………………………....

A tale proposito:

* allega ultima fattura/bolletta ricevuta
* dichiara di essere consapevole che i costi delle prove svolte dall’Organismo sono regolati in accordo con quest’ultimo e a carico del richiedente
* dichiara di essere consapevole che i costi delle operazioni di rimozione, movimentazione, imballaggio e consegna dello strumento sono a carico del richiedente
* allega ricevuta di pagamento di € 61,00 per istruttoria e intervento della Camera di Commercio, avvenuta con procedimento **SIPA** selezionando dal menù a tendina "Servizio" la voce "Metrico” e inserendo nel campo "Causale" "Controllo a richiesta" indicando anche la denominazione (es. impresa, privato, condominio) e un recapito telefonico.
* allega fotografie della targa metrica dello strumento
* allega copia del documento di identità in corso di validità
* allegare eventuali osservazioni e indicazioni in merito all'anomalia riscontrata

Luogo e data……………………………….

Firma del Richiedente

………………………………………….

¹ Selezionare la voce che interessa

² Indicare la Ragione sociale

**3** Breve descrizione dello strumento

I dati personali comunicati in questo modulo sono trattati nell’ambito della normale attività della Camera di Commercio di Nuoro per l’adempimento di obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria, ovvero a disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo. Si fa esplicito e completo riferimento all’ [informativa](https://www.caor.camcom.it/modulistica/informativa-privacy-elenco-titolari-strumenti-misura) pubblicata sul sito istituzionale alla pagina Privacy.