MODULO PER LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER L'INSTALLAZIONE O PRESENZA DI APPARATI DI CURA MEDICA ALIMENTATI CON ENERGIA ELETTRICA
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Al fine di richiedere la non disalimentabilità della fornitura di energia elettrica il sottoscritto.....,
nato a....., il ...../...../....., codice fiscale ..... consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

che nell'abitazione/nel locale/nell'edificio - per cui si richiede/in cui è attiva la fornitura di energia elettrica per uso domestico/usi diversi da quello abitativo intestata a _____
POD |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| situata nel comune di _____
_____, n°_____ scala_____, piano _____, interno _____, viene utilizzato uno dei seguenti apparati di cura medica:

1. ☐ Respiratore artificiale
2. ☐ Apparato per dialisi
3. ☐ Altro (specificare)_____

Si allega certificazione dell'ASL locale - o organo equivalente - che attesta la presenza di un apparato di cura alimentato con energia elettrica indispensabile per la sopravvivenza
b) che l'apparato è indispensabile per la sopravvivenza umana;
c) che l'apparato è alimentato con energia elettrica;
Il sottoscritto effettua la presente dichiarazione:
1. ☐ a proprio nome, quale intestatario del contratto con Sienergia srl;
2. ☐ nella sua qualità di_____, della società/impresa_____, con sede in _____,

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Partita IVA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| intestataria del contratto con Sienergia srl;
3. ☐ a nome di_____ Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, intestatario del contratto con Sienergia srl.

Questa istanza sarà valida solo se inviata insieme alla copia (fronte/retro) di un documento d'identità valido del dichiarante.
Se il dichiarante NON coincide con l'intestatario della fornitura è necessario allegare il documento d'identità di entrambi.

_____ Data

_____ Firma dichiarante