MODULO PER LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER L'INSTALLAZIONE O PRESENZA DI APPARATI DI CURA MEDICA ALIMENTATI CON ENERGIA ELETTRICA

(Art. 47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto:

(Cognome) _____ (Nome) _____

nato a _____ il |_|_| |_|_| |_|_|_|_| residente nel comune di _____

in _____ n° _____ scala_____piano _____interno _____

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Partita IVA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NUMERO DI TELEFONO _____ MAIL _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per false attestazioni,

DICHIARA

a) che nell'abitazione / nel locale / nell'edificio - per cui si richiede / in cui è attiva la fornitura di energia elettrica per uso domestico[1] intestata a:

(Cognome) _____ (Nome) _____

NUMERO CLIENTE _____ Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

POD |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| situata nel comune di _____

in _____n° _____ scala_____piano _____interno _____

viene utilizzato uno dei seguenti apparati di cura medica previsti dalla normativa vigente:

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;

[1] Cancellare le voci che non interessano.

Il sottoscritto effettua la presente dichiarazione2:
1. |_| a proprio nome, quale intestatario del contratto con SEV S.p.A.;
2. |_| nella sua qualità di _____, della società/impresa3 _____, con sede in _____, Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Partita IVA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| intestataria del contratto con SEV S.p.A.;
3. |_| a nome di [Cognome]_____ (Nome) _____ Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, intestatario del contratto con SEV S.p.a.

Data e luogo

Firma del richiedente/dichiarante

_____

_____

IMPORTANTE
Questa istanza sarà valida solo se inviata insieme alla copia (fronte e 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.

Se l'apparato di cura verrà disinstallato, entro 30 giorni dalla disinstallazione, sarà necessario informare il nostro Servizio Clienti, compilare l'apposito modello che verrà fornito e inviarlo tramite Raccomandata ad uno dei nostri recapiti.

Titolare del trattamento dei dati personali è SEV S.p.A., con sede legale in Via Passaro n.1 , 840124 Salerno. L'informativa completa è disponibile sul sito sev.it.

[2] Barrare la sola casella di interesse e completare con le informazioni richieste.
[3] Cancellare le voci che non interessano e completare indicando i dati esatti della società, anche individuale.