

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

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ Prov. ___ il ___ / ___ / _____

e residente in Via/Piazza _____

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. ___

telefono _____, mail _____

Codice Fiscale _____,

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace così come stabilito dall'art. 76 del DPR 445/2000

DICHIARA

a) che nell'abitazione/nel locale/nell'edificio per cui si richiede/in cui è attiva ⁽¹⁾ la fornitura di energia elettrica per uso domestico/usi diversi ⁽¹⁾ da quello abitativo intestata a:

Cognome e nome _____

Codice POD _____ situata in (indirizzo completo)

Via/Piazza _____

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. ___

viene utilizzato uno dei seguenti apparati di cura medica:

- Respiratore artificiale
- Apparato per dialisi
- 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.

Luogo e Data _____

Firma del Cliente _____

(1) Cancellare le voci che non interessano

