0

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

INSTALLAZIONE O PRESENZA DI APPARATI DI CURA MEDICA

NUMERO POD |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
NUMERO CLIENTE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
NUMERO DI TELEFONO _____
NUMERO DI FAX _____
CASELLA E_MAIL _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per false attestazioni, il
sottoscritto (Cognome) _____ (Nome)
_____
nato a _____ il |_|_| |_|_| |_|_|_|_| e
residente nel comune di _____ in (Indirizzo)
_____ n° _____ scala _____ piano
_____ interno _____
Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Partita IVA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
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 / usi diversi da quello abitativo1 intestata a (Cognome)
_____ (Nome)
_____ POD |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
situata nel comune di
di _____ in (Indirizzo)
_____ 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 di somministrazione elettrica con .....;

METAMER S.R.L.
Corso Garibaldi, 71 - 66050 San Salvo (CH)
Tel. 0873 3244 400 - Fax 0873 3244 450 - Email: info@metamer.it
C.F. e P.I. 02030110692 - Capitale Sociale: euro 650.000,00 i.v.

2. ☐ nella sua qualità di
_____ , della società / impresa _____ , con sede in_____ ,

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Partita IVA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

intestataria del contratto con ……..;
1 Cancellare le voci che non interessano.
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.

DOCUMENTO DA RESTITUIRE COMPILATO E FIRMATO
…….. - Mercato libero dell'energia

3. ☐ a nome di (Cognome) _____ (Nome) _____
Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, intestatario del contratto con ……

CHIEDE
che …….. dichiari alla società di Distribuzione che nell'abitazione è presente un apparato di cura medicale alimentato con energia elettrica, indispensabile per la sopravvivenza umana.

Data e luogo

_____

Firma del richiedente/dichiarante

_____

IMPORTANTE
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.

METAMER S.R.L.
Corso Garibaldi, 71 - 66050 San Salvo (CH)
Tel. 0873 3244 400 - Fax 0873 3244 450 - Email: info@metamer.it
C.F. e P.I. 02030110692 - Capitale Sociale: euro 650.000,00 i.v.