**DOCUMENTO DA INVIARE, COMPILATO E FIRMATO A:** **non\_disalimentabili@irenmercato.it**

**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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

e residente nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_ scala\_\_\_\_\_piano \_\_\_\_\_\_interno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUMERO DI TELEFONO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**DICHIARA**

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

(Cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUMERO CLIENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

POD |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| situata nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_\_\_\_\_ scala\_\_\_\_\_piano \_\_\_\_\_\_interno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**viene utilizzato uno degli apparati di cura medica previsti dalla normativa vigente**:

**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;

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.