

**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)

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:

- 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;

Il sottoscritto effettua la presente dichiarazione²:

- a proprio nome, quale intestatario del contratto con Enel Energia S.p.A.;
- nella sua qualità di _____ ,
della società / impresa³ _____ ,
con sede in _____ ,

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
intestatario del contratto con Enel Energia S.p.A.;

Partita IVA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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.

3. a nome di (Cognome) _____ (Nome) _____

Codice Fiscale [_ _ _ _] [_ _ _ _] [_ _ _ _] [_ _ _ _] [_ _ _ _], intestatario del contratto con Enel Energia S.p.A.

CHIEDE

che Enel Energia dichiaro 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.

Puoi inviare i documenti in uno dei seguenti modi:

- tramite il nostro sito web **enel.it**
- per email all'indirizzo **allegati.enelenergia@enel.com** (allegare i documenti in formato pdf o jpg)
- tramite fax al numero gratuito **800 046 311**
- per Posta al seguente indirizzo: Enel Energia S.p.A. - Casella Postale 8080 - 85100 Potenza (PZ)

Per chiarimenti e/o delucidazioni puoi rivolgerti al nostro Servizio Clienti al Numero Verde 800 900 860.

Titolare del trattamento dei dati personali è Enel Energia S.p.A., con sede legale in Viale Regina Margherita 125, 00198 Roma. L'informativa completa è disponibile sul sito enel.it