Enel Energia - Mercato libero dell'energia
Casella Postale 8080 - 85100 Potenza

DOCUMENTO DA RESTITUIRE COMPILATO E FIRMATO

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 abitativo[1] 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) _

Il sottoscritto effettua la presente dichiarazione[2]:

1. ☐ a proprio nome, quale intestatario del contratto con Enel Energia S.p.A.;
2. ☐ nella sua qualità di _____ ,
   della società / impresa[3] _____ ,
   con sede in_____ ,

   Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Partita IVA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
   intestataria del contratto con Enel Energia S.p.A.;
3. ☐ a nome di (Cognome) _____ (Nome) _____

[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.

Enel Energia - Mercato libero dell'energia
Casella Postale 8080 - 85100 Potenza

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

CHIEDE

che Enel Energia dichiari alla società di Distribuzione che nell'abitazione è stato **disinstallato** un apparato di cura medicale.

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