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