



## 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)

PERSONA FISICA

PERSONA GIURIDICA

### DATI DEL RICHIEDENTE

ATTENZIONE: Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'Art. 76 del DPR n. 445/2000 per false attestazioni, il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

ragione sociale \_\_\_\_\_ P.Iva \_\_\_\_\_

Codice Ateco \_\_\_\_\_ Sede Legale \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ Codice-SDI \_\_\_\_\_

(da compilare SOLO SE PERSONA GIURIDICA)

con residenza in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### 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, intestata a

nome e cognome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

viene utilizzato uno dei seguenti apparati di cura medica:

*indicare la casella di interesse*

RESPIRATORE ARTIFICIALE     APPARATO PER DIALISI     ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_

B) che l'apparato è indispensabile per la sopravvivenza umana

C) che l'apparato è alimentato con energia elettrica

**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.**

Il sottoscritto effettua la presente dichiarazione:

*indicare la casella di interesse*

a proprio nome, quale intestatario del contratto con Facile.Energy S.r.l.

nella sua qualità di \_\_\_\_\_ della società \_\_\_\_\_  
con Sede Legale in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ intestatario/a del contratto con Facile.Energy S.r.l.

a nome di: nome e cognome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
intestatario/a del contratto con Facile.Energy S.r.l.



## CHIEDE

che Facile.Energy S.r.l. dichiari alla società di Distribuzione che nell'abitazione è presente un apparato di cura medicale alimentato con energia elettrica, indispensabile per la sopravvivenza umana.

## DOCUMENTI DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE

- Copia leggibile del documento d'identità e del codice fiscale
- Certificazione dell'ASL locale o organo equivalente
- Visura camerale o contratto di apertura Partita IVA (in caso di utenza intestata a PERSONA GIURIDICA)
- Delega (in caso di tutore) corredata da copia del documento d'identità del tutore

**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 di identità di entrambi.**

**IMPORTANTE: Se l'apparato di cura verrà disinstallato, entro 30 giorni dalla disinstallazione, sarà necessario informare il nostro servizio clienti ai recapiti indicati di seguito.**

## PERSONA DI RIFERIMENTO ALTERNATIVA

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

I dati personali saranno trattati da Facile.Energy S.r.l., nella qualità di Titolare del trattamento, nel pieno rispetto di quanto stabilito dalla vigente normativa (GDPR 2016/679) per la sola finalità per la quale sono raccolti. L'informativa al trattamento dei dati completa è consultabile alla pagina web <https://facile.energy/privacy-policy>

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Potrà restituire la documentazione tramite:

**E-mail** a [pratiche.dv@facile.energy](mailto:pratiche.dv@facile.energy)  
**Posta** a FACILE.ENERGY S.R.L. - Casella Postale 93 - 35020 Albignasego (PD)  
**Fax** allo 02.56561195