

**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 CLIENTE | - | - | - | - | - | - | - | - |

NUMERO DI TELEFONO _____

NUMERO DI FAX _____

CASELLA E_MAIL _____

DICHIARA

viene utilizzato uno dei seguenti apparati di cura medica:

1. Respiratore artificiale
2. Apparato per dialisi
3. 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:

1. a proprio nome, quale intestatario del contratto con Unoenergy S.p.A.

2. nella sua qualità di _____,
della società / impresa³ _____,
con sede in _____,

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) _____

CHIEDE

che Unoenergy dichiari 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:

- per email all'indirizzo **clienti@unoenergy.it** (allegare i documenti in formato pdf o jpg)

Per chiarimenti e/o delucidazioni puoi rivolgerti al nostro Numero Verde 800 089 952.