

NUMERO POD |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
NUMERO CLIENTE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
NUMERO DI TELEFONO _____
NUMERO DI FAX _____
CASELLA E_MAIL _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | |

Partita IVA | | | | | | | | | | | |

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 _____

1. ☐ Respiratore artificiale
2. ☐ Apparato per dialisi
3. ☐ Altro (specificare)

Il sottoscritto effettua la presente dichiarazione²:

- | | | | |
|---|-------|-------------|-------|
| Codice fiscale | _____ | Partita IVA | _____ |
| Intestatataria del contratto con Unoenergy S.p.A. | | | |

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 Unoenergy S.p.A.

CHIEDE

che Unoenergy dichiari alla società di Distribuzione che nell'abitazione **è presente** un apparato di cura medica 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.