

**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 | **I** | **T** | **0** | **0** | **1** | **E** | | | | | | | | | | |

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 _____

Indirizzo _____ n° _____ Tel. _____ Email _____

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 abitativo¹ intestata a:

Cognome _____ (Nome) _____

NUMERO POD | **I** | **T** | **0** | **0** | **1** | **E** | | | | | | | | | | |

situata nel comune di _____ Indirizzo _____ n° _____

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 LW Energy s.r.l.;
- 2. nella sua qualità di _____ ,
della società / impresa³ _____ ,
con sede in _____ ,

Codice fiscale _____ Partita IVA _____
intestatario del contratto con LW Energy s.r.l.

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) _____

Codice Fiscale _____, intestatario del contratto con LW Energy s.r.l.

CHIEDE

che LW 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.

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 **info@lwenergy.it** (allegare i documenti in formato pdf o jpg)
- tramite fax al numero **0833.19.87.440**
- per Posta al seguente indirizzo: LW Energy srl - via Armando Diaz, 2 - 73039 Tricase (LE)

Per chiarimenti e/o delucidazioni puoi rivolgerti al nostro Servizio Clienti al Numero Verde 800 660 850.