



## MODULO PER LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER L'INSTALLAZIONE O PRESENZA DI APPARATI DI CURA MEDICA ALIMENTATI

(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 Servizio Energetico Italiano S.r.l.

nella sua qualità di \_\_\_\_\_ della società \_\_\_\_\_

con Sede Legale in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ intestatario/a del contratto con Servizio Energetico Italiano S.r.l.

a nome di: nome e cognome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

intestatario/a del contratto con Servizio Energetico Italiano S.r.l.



## CHIEDE

che Servizio Energetico Italiano S.r.l. dichiari alla società di Distribuzione che nell'abitazione è presente un apparato di cura medicale

### 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 Servizio Energetico Italiano 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://www.sei.green/privacy-policy>

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

Firma \_\_\_\_\_

Potrà restituire la documentazione tramite:

E-mail a [pratiche.dv@sei.green](mailto:pratiche.dv@sei.green)

Posta a SERVIZIO ENERGETICO ITALIANO S.R.L. - Casella Postale 92 - 35020 Albignasego (PD)

Fax allo 06.92912887