

**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** | | | | | | | | | | | | | | | |

[illegible]

NUMERO DI TELEFONO

NUMERO DI FAX \_\_\_\_\_

**CASELLA E\_MAIL** \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ in (Indirizzo) \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ scala \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_ interno \_\_\_\_\_

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 abitativo<sup>1</sup> intestata a (Cognome) \_\_\_\_\_  
(Nome) \_\_\_\_\_ POD |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| situata nel comune di \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_ in (Indirizzo) \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ scala \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_ interno \_\_\_\_\_

**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 dichiarazione<sup>2</sup>:

1. ☐ a proprio nome, quale intestatario del contratto con Libarna Gas e Luce S.p.A.
2. ☐ nella sua qualità di \_\_\_\_\_ ,  
della società / impresa<sup>3</sup> \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_

Codice fiscale   |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Partita IVA     - |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Intestatario del contratto con Libarna Gas e Luce S.p.A.

<sup>1</sup> Cancellare le voci che non interessano.

<sup>2</sup> Barrare la sola casella di interesse e completare con le informazioni richieste.

<sup>3</sup> 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 Libarna Gas e Luce S.p.A.

#### CHIEDE

che Libarna Gas e Luce S.p.A. dichiarino 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 [info@libarna.com](mailto:info@libarna.com) (allegare i documenti in formato pdf o jpg)

**Per chiarimenti e/o delucidazioni puoi rivolgerti al nostro Numero Verde 0383-82116.**