

**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** |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

**NUMERO CLIENTE** |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

**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 |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
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 |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

|intestataria 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) \_\_\_\_\_

## CHIEDE

che Libarna Gas e Luce S.p.A. 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@libarna.com** (allegare i documenti in formato pdf o jpg)

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