



NON DISALIMENTABILITÀ

Dichiarazione sostitutiva per l'installazione o la presenza di apparati di cura medica alimentati con energia elettrica ai sensi dell'art. 47 DPR 28/12/2000 n. 445



DATI DEL CLIENTE ☐ DOMESTICO ☐ BUSINESS

CODICE CLIENTE O MODULO D'ADESIONE

Ragione Sociale (compilare solo in caso di Cliente business): _____

Cognome: _____ Nome: _____ (se Cliente business, indicare il Legale Rappresentante)

Titolare dell'utenza in qualità di: ☐ locatario dell'immobile presso il quale è situata l'utenza ☐ altro (specificare) _____

Codice Fiscale: _____ P.IVA (se Cliente business): _____ Codice ATECO (se Cliente business): _____

Residenza / Sede Legale Via: _____ n. _____ Comune: _____ CAP: _____ Prov. _____

Telefono Fisso: _____ Cellulare: _____ E-mail: _____

[Compilare i dati di questo riquadro solo se la persona che compila il modulo è diversa da sopra indicato intestatario del contratto]

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale _____ residente in Via/Piazza _____

n. _____ Comune di _____ CAP _____ Provincia _____

DICHIARA

a) che nell'abitazione/nell'edificio per cui si richiede/in cui è attiva la fornitura di energia elettrica per uso domestico/usi diversi da quello abitativo, con POD _____, viene utilizzato uno dei seguenti apparati di cura medica:

- ☐ Respiratore artificiale
☐ Apparato per dialisi
☐ Altro (specificare) _____

b) che l'apparato di cura medica è indispensabile per la sopravvivenza umana;

c) che l'apparato di cura medica è alimentato con energia elettrica.

Il sottoscritto effettua la presente dichiarazione:

- ☐ a proprio nome, quale intestatario del contratto di fornitura con Luce e Gas Italia S.p.A.;
☐ a nome della persona sopra indicata, intestatario del contratto di fornitura con Luce e Gas Italia S.p.A.;
☐ nella sua qualità di _____, della società/impresa sopra indicata, intestataria del contratto di fornitura con Luce e Gas Italia S.p.A..

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.

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 DPR n. 445/2000. Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 DPR 28/12/2000 n. 455.

Luogo _____, lì _____

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. Se l'apparato di cura verrà disinstallato, entro 30 giorni dalla disinstallazione sarà necessario informare il Servizio Clienti, compilare l'apposito modello che verrà fornito ed inviarlo ad uno dei nostri recapiti.

FIRMA LEGGIBILE E TIMBRO*

*quest'ultimo solo in caso di Cliente business

FIRMA QUI

L'Informativa per il trattamento dei dati personali dei Clienti finali ai sensi dell'art. 13 Reg. UE n. 679/2016 è consultabile su <https://luceegasitalia.it/informativa-sul-trattamento-dei-dati-personali-dei-clienti-finali/>

LUCE E GAS ITALIA S.P.A.

Sede legale: Corso Svizzera, 185/BIS – 10149 Torino (TO) | C.F. e P.IVA 07463650965 | Capitale sociale: € 1.000.000,00 i.v.

Sede commerciale: Via Cremona, 10 – 25025 Manerbio (BS) | E-mail: servizio.clienti@luceegasitalia.it

Telefono: 011.088.78.78 | Numero Verde: 800.91.37.91 | Sito internet: www.luceegasitalia.it