MODULO

REVOCA NON DISALIMENTABILITÀ

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

LUCE eGAS ITALIA

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 _____, è stato disinstallato 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..

CHIEDE

che Luce e Gas Italia S.p.A. dichiari alla società di Distribuzione che nell'abitazione NON è più presente un apparato di cura medicale alimentato con energia elettrica, indispensabile per la sopravvivenza umana.

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 _____

FIRMA LEGGIBILE E TIMBRO*
**quest'ultimo solo in caso di Cliente business*

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 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/