ATS POWER
LA TUA ENERGIA, SEMPRE

Rispedire con una delle seguenti modalità:
- E-mail: info@atspower.it
- Posta: Piazza Giovanni Paolo II, 8 Torremaggiore 71017 (FG)

MODULO PER LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER L'INSTALLAZIONE O PRESENZA DI APPARATI DI CURA MEDICA ALIMENTATI CON ENERGIA ELETTRICA

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

NUMERO POD |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NUMERO CLIENTE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NUMERO DI FAX _____

CASELLA E_MAIL _____

NUMERO DI TELEFONO _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n.445/2000 per false attestazioni, il sottoscritto [Cognome] _____ [Nome] _____

nato a _____ il |_|_| |_|_| |_|_|_|_| residente nel comune di _____

Indirizzo _____

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[1] intestata a [Cognome] _____

[Nome]_____ POD |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| situata nel comune di _____, 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[2]:

1. ☐ a proprio nome, quale intestatario del contratto con ATS POWER S.r.l.;
2. ☐ nella sua qualità di _____, della società/impresa[3] _____,
   con sede in _____, Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
   |Partita IVA ||_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| intestataria del contratto con ATS POWER S.r.l.;
3. ☐ a nome di [Cognome]_____ (Nome) _____
   Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, intestatario del contratto con ATS POWER S.r.l.

Data e luogo	Firma del richiedente/dichiarante
_____	_____

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

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.

Titolare del trattamento dei dati personali è ATS POWER S.r.l., con sede legale in Piazza Giovanni Paolo II, 8 Torremaggiore 71017 (FG). L'informativa completa è disponibile sul sito www.atspower.it.

[1] Cancellare le voci che non interessano.
[2] Barrare la sola casella di interesse e completare con le informazioni richieste.
[3] Cancellare le voci che non interessano e completare indicando i dati esatti della società, anche individuale.