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 COMUNICARE LA DISINSTALLAZIONE DI UN APPARATO DI CURA MEDICA ALIMENTATO 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 _____, **è stato disinstallato** il seguente apparato di cura medica:

1.☐ Respiratore artificiale

2.☐ Apparato per dialisi

3.☐ Altro (specificare)_____

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 Enel Energia S.p.A.;

3. ☐ a nome di [Cognome]_____ (Nome) _____

   Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, intestatario del contratto con ATS POWER S.r.l.

CHIEDE

che ATS POWER S.r.l.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.

Data e luogo	Firma del richiedente/dichiarante
_____	_____

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.