



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

(Art. 47 DPR 28 dicembre 2000, n.445)

☐ PERSONA FISICA ☐ PERSONA GIURIDICA

DATI DEL RICHIEDENTE

ATTENZIONE: Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'Art. 76 del DPR n. 445/2000 per false attestazioni,

il/la sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____

ragione sociale _____ P.Iva _____

Codice Ateco _____ Sede Legale _____

PEC _____ Codice-SDI _____

(da compilare SOLO SE PERSONA GIURIDICA)

con residenza in via _____ n° _____ Comune _____ Provincia _____ CAP _____

Recapito telefonico _____ E-mail _____

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, intestata a

nome e cognome _____ Codice Fiscale _____

via _____ n° _____ Comune _____ Provincia _____ CAP _____

viene utilizzato uno dei seguenti apparati di cura medica:

indicare la casella di interesse

☐ RESPIRATORE ARTIFICIALE ☐ APPARATO PER DIALISI ☐ ALTRO (specificare) _____

B) che l'apparato è indispensabile per la sopravvivenza umana

C) che l'apparato è alimentato con energia elettrica

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.

Il sottoscritto effettua la presente dichiarazione:

indicare la casella di interesse

☐ a proprio nome, quale intestatario del contratto con Super Energy S.r.l.

☐ nella sua qualità di _____ della società _____

con Sede Legale in via _____ n° _____ Comune _____

Provincia _____ CAP _____ intestatario/a del contratto con Super Energy S.r.l.

☐ a nome di: nome e cognome _____ Codice Fiscale _____

intestatario/a del contratto con Super Energy S.r.l.



CHIEDE

che Super Energy S.r.l. dichiari alla società di Distribuzione che nell'abitazione è presente un apparato di cura medicale

DOCUMENTI DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE

- ☐ Copia leggibile del documento d'identità e del codice fiscale
- ☐ Certificazione dell'ASL locale o organo equivalente
- ☐ Visura camerale o contratto di apertura Partita IVA (in caso di utenza intestata a PERSONA GIURIDICA)
- ☐ Delega (in caso di tutore) corredata da copia del documento d'identità del tutore

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 di identità di entrambi.

IMPORTANTE: Se l'apparato di cura verrà disinstallato, entro 30 giorni dalla disinstallazione, sarà necessario informare il nostro servizio clienti ai recapiti indicati di seguito.

PERSONA DI RIFERIMENTO ALTERNATIVA

Sig./Sig.ra _____ Recapito telefonico _____ E-mail _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

I dati personali saranno trattati da Super Energy S.r.l., nella qualità di Titolare del trattamento, nel pieno rispetto di quanto stabilito dalla vigente normativa (GDPR 2016/679) per la sola finalità per la quale sono raccolti. L'informativa al trattamento dei dati completa è consultabile alla pagina web <https://www.sei.green/privacy-policy>

Luogo e data _____

Firma _____

Potrà restituire la documentazione tramite:

E-mail a pratiche.dv@sei.green

Posta a SERVIZIO ENERGETICO ITALIANO S.R.L. - Casella Postale 92 - 35020 Albignasego (PD)

Fax allo 06.92912887