

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER LA PRESENZA DI APPARATI DI CURA MEDICA ALIMENTATI CON ENERGIA ELETTRICA

Il/la sottoscritto/a Cognome..... Nome.....

Codice Fiscale..... nato/a

il/...../..... residente a

in Via n°

Telefono email

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del d.P.R. n. 445/2000 per false attestazioni:

DICHIARA

che nell'abitazione/locale per cui si richiede/è attiva la fornitura di energia elettrica relativamente al punto di prelievo intestata a (Cognome)..... (Nome)

(POD)..... viene utilizzato uno dei seguenti apparati di cura medica alimentato con energia elettrica indispensabile per la sopravvivenza:

Respiratore artificiale

Apparato per dialisi

Altro (specificare)

(Luogo e data)

(Firma per esteso del dichiarante)

IMPORTANTE

Se l'apparato di verrà disinstallato, entro 30 giorni dalla disinstallazione, sarà necessario informare il nostro servizio clienti all'indirizzo mail servizioclienti@lumenergia.it

Allegati:

- copia documento d'identità del dichiarante in corso di validità
- certificazione ASL o organo equivalente che attesta la presenza di un apparato di cura alimentato da energia elettrica indispensabile per la sopravvivenza.
- in caso il dichiarante non coincida con l'intestatario della fornitura è necessario allegare il documento di identità di entrambi

Inviare la documentazione all'indirizzo e-mail: servizioclienti@lumenergia.it

Per informazioni contattare il numero 030.8922150

Si invita l'interessato a prendere visione dell'informativa privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) sul sito www.lumenergia.it