

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DISINSTALLAZIONE 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)..... SONO STATI DISINSTALLATI tutti gli apparati di cura medica alimentati con energia elettrica indispensabili per la sopravvivenza, pertanto

### CHIEDE

che Lumenergia comunichi alla società di Distribuzione locale che **nell'abitazione NON è più presente un apparato di cura medicale alimentato con energia elettrica, indispensabile per la sopravvivenza umana.**

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma per esteso del dichiarante)

#### Allegati:

- copia documento d'identità del dichiarante in corso di validità
- 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](mailto: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](http://www.lumenergia.it)