

**COMUNICAZIONE RELATIVA ALL'INSTALLAZIONE DI APPARATI DI CURA MEDICA ALIMENTATI CON ENERGIA ELETTRICA, RECANTE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

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

**FORNITURA N°\***

**NUMERO CELLULARE\***

(sempre reperibile)

**NUMERO FAX**

\*Dati obbligatori

**SPETT.LE**

**GELSIA SRL**

Via Palestro, 33 - 20831 Seregno (MB)

Servizio Clienti:

E-mail: [customercare@gelsia.it](mailto:customercare@gelsia.it)

Con la presente comunicazione, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci,

**DATI ANAGRAFICI**

**Il/La sottoscritto/a**

Nato a	il	
e residente a		
Via/P.zza:		
Scala	Piano	Interno
Codice Fiscale:	P.IVA:	
Fornitura n°	Tel.	
E-mail		

chiede, ricorrendone i presupposti, che sia data comunicazione alla società di distribuzione locale della sussistenza in loco di un apparato di cura medica che necessita di essere alimentato con energia elettrica e indispensabile per la sopravvivenza. A tal fine,

**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

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Scala \_\_\_\_\_ Piano \_\_\_\_\_ Interno \_\_\_\_\_

Sito nel Comune di \_\_\_\_\_

viene utilizzato il seguente apparato di cura medica:

- Respiratore artificiale
- Apparato per dialisi
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

- B. che tale apparato è indispensabile per la sopravvivenza umana;

- C. che tale apparato necessita di essere alimentato con energia elettrica;

## COMUNICAZIONE RELATIVA ALL'INSTALLAZIONE DI APPARATI DI CURA MEDICA ALIMENTATI CON ENERGIA ELETTRICA, RECANTE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

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

D. che il sottoscritto effettua la presente istanza - comunicazione:

a proprio nome, quale intestatario del contratto con Gelsia Srl

nella sua qualità di \_\_\_\_\_

della società / Impresa \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

intestataria del contratto con Gelsia Srl;

a nome di \_\_\_\_\_

intestatario del contratto con Gelsia Srl;

### SI IMPEGNA

in caso di disinstallazione del suddetto apparato di cura medica a darne comunicazione scritta entro 30 giorni, a mezzo raccomandata, inoltrando all'indirizzo indicato, il modello "COMUNICAZIONE RELATIVA ALL'INSTALLAZIONE DI APPARATI DI CURA MEDICA"

Luogo e data



Firma



(timbro e firma del rappresentante per clienti non persone fisiche)

**N.B. Allegare copia del documento d'identità del dichiarante e certificazione dell'ASST/ASL comprovante la sussistenza di un apparato laddove esplicitamente richiesto dal modello**

*Ti invitiamo a prendere visione dell'informativa ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), allegata al contratto di fornitura.*

Luogo e data



Firma



(timbro e firma del rappresentante per clienti non persone fisiche)