

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

Ai sensi dell'Art. 47, DPR n° 445/2000

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- Copia documento di identità dell'intestatario della fornitura (e del dichiarante, se questi non corrispondono).

IL SOTTOSCRITTO

Cognome Nome

Codice fiscale

Nato a il

Residente a Via N°

e-mail Cell. Tel.

È necessario indicare almeno un recapito telefonico per eventuali ricontatti/appuntamenti.

Codice cliente

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n.445/2000 per false attestazioni

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 intestata a

Cognome Nome

POD all'indirizzo

Via N°

CAP Comune Provincia

viene utilizzato uno dei seguenti apparati di cura medica:

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.

Il sottoscritto effettua la presente dichiarazione:

a proprio nome, quale intestatario del contratto con Magis Energia;

nella sua qualità di della società/impresa

con sede in

Codice fiscale P.IVA

intestatario del contratto con Magis Energia;

Anome di Cognome Nome

Codice fiscale intestatario del contratto con Magis Energia.

RICHIEDE

A Magis Energia di dichiarare 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

Firma