

**MODULO PER LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER L'INSTALLAZIONE O PRESENZA DI APPARATI DI  
CURA MEDICA ALIMENTATI CON ENERGIA ELETTRICA  
(Art. 47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)**

NUMERO POD | **I** | **T** | **0** | **0** | **1** | **E** | | | | | | | | | | |

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per false attestazioni, il sottoscritto (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente nel comune di \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

**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<sup>1</sup> intestata a:

Cognome \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

NUMERO POD | **I** | **T** | **0** | **0** | **1** | **E** | | | | | | | | | | |

situata nel comune di \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**viene utilizzato** uno dei seguenti apparati di cura medica:

- 1.  Respiratore artificiale
- 2.  Apparato per dialisi
- 3.  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**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**

- 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<sup>2</sup>:

- 1.  a proprio nome, quale intestatario del contratto con LW Energy s.r.l.;
- 2.  nella sua qualità di \_\_\_\_\_ ,  
della società / impresa<sup>3</sup> \_\_\_\_\_ ,  
con sede in \_\_\_\_\_ ,

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_  
intestataria del contratto con LW Energy s.r.l.

<sup>1</sup> Cancellare le voci che non interessano.

<sup>2</sup> Barrare la sola casella di interesse e completare con le informazioni richieste.

<sup>3</sup> Cancellare le voci che non interessano e completare indicando i dati esatti della società, anche individuale.

3.  a nome di (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_, intestatario del contratto con LW Energy s.r.l.

#### CHIEDE

che LW Energy s.r.l. dichiari alla società di Distribuzione che nell'abitazione **è presente** un apparato di cura medicale alimentato con energia elettrica, indispensabile per la sopravvivenza umana.

Data e luogo

Firma del  
richiedente/dichiarante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### IMPORTANTE

**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 d'identità di entrambi.**

**Puoi inviare i documenti in uno dei seguenti modi:**

- per email all'indirizzo **info@lwenergy.it** (allegare i documenti in formato pdf o jpg)
- tramite fax al numero **0833.19.87.440**
- per Posta al seguente indirizzo: LW Energy srl - via Armando Diaz, 2 - 73039 Tricase (LE)

**Per chiarimenti e/o delucidazioni puoi rivolgerti al nostro Servizio Clienti al Numero Verde 800 660 850.**