

## MODULO PER LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER L'INSTALLAZIONE O PRESENZA DI APPARATI DI CURA MEDICA ALIMENTATI CON ENERGIA ELETTRICA

Documento redatto ai sensi delle Delibere ARERA 117/08, 64/2015/R/eel e 633/2023/R/com e successive modifiche e integrazioni

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita (Comune/Stato estero) \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

Numero Cliente \_\_\_\_\_ POD \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. 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 da quello abitativo intestata a [Cognome] \_\_\_\_\_  
[Nome] \_\_\_\_\_ POD \_\_\_\_\_ situata nel  
comune di \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_ scala \_\_\_\_\_, piano \_\_\_\_\_, interno  
\_\_\_\_\_, viene utilizzato uno dei seguenti apparati di cura medica (rientrante nell'elenco Min. Salute GU n.57/2002 ):

Respiratore artificiale     Apparato per dialisi     Altro \_\_\_\_\_

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:

- a proprio nome, quale intestatario del contratto con Energygas Italia srl
- A nome di \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
intestatario del contratto con Energygas Italia srl
- ❖ Se l'apparato di cura verrà disinstallato, entro 30 giorni dalla disinstallazione, sarà necessario informare il nostro Servizio Clienti, compilare l'apposito modello che verrà fornito e inviarlo ad uno dei nostri recapiti.
- ❖ 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.
- ❖ La segnalazione non comporta esonero dal pagamento delle fatture, ma permette al fornitore di attivare le specifiche tutele previste da ARERA in materia di continuità della fornitura
- ❖ La presente dichiarazione ha validità 24 mesi dalla data di sottoscrizione e dovrà essere rinnovata alla scadenza.

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI (art. 13 Reg. UE 2016/679) EnergyGas Italia Srl, in qualità di Titolare del trattamento, informa che i dati personali e particolari (sanitari) forniti nel presente modulo saranno trattati esclusivamente ai fini dell'attivazione delle tutele connesse all'utilizzo di apparecchiature medico-terapeutiche alimentate elettricamente, secondo quanto previsto dalla regolazione ARERA vigente. I dati non saranno diffusi e saranno conservati per il periodo strettamente necessario all'erogazione di tale servizio e comunque non oltre 24 mesi, salvo rinnovo della presente dichiarazione.

- Do il consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli di natura sanitaria, come sopra specificato.

**Il modulo compilato, unitamente a copia di un documento di riconoscimento, deve essere trasmesso:**

- Tramite PEC a: [energygas@casellapec.com](mailto:energygas@casellapec.com)
- Tramite raccomandata A/R a: **ENERGYGAS ITALIA SRL, Casella Postale 60, Montegrappa, 59100 Prato (PO)**

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_