

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(ARTICOLI 38 E 47 DEL DPR n. 445/2000 E S.M.I.)

**Dichiarazione resa ai sensi dell'articolo 4, comma 2, lettera a) della deliberazione dell'Autorità per l'energia elettrica e il gas 6 agosto 2008, ARG/elt 117/08 e s.m.i.**Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
(Cognome) (Nome)

nato/a \_\_\_\_\_, (prov. \_\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_,

**dichiara**che il/la signor \_\_\_\_\_,  
(Cognome) (Nome)

codice fiscale \_\_\_\_\_, persona in gravi condizioni di salute, utilizza abitualmente apparecchiature medico-terapeutiche necessarie per la sua esistenza in vita e alimentate ad energia elettrica presso il proprio domicilio, situato in Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_), via/piazza \_\_\_\_\_, n° civico \_\_\_\_\_.

Le funzioni assolte da tali apparecchiature sono le seguenti:

- funzione alimentare
- funzione respiratoria
- funzione urinaria

Le apparecchiature<sup>1</sup> utilizzate sono le seguenti:

---



---



---



---

Si dichiara altresì che l'uso di tali apparecchiature ha avuto inizio in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Al riguardo si allega copia fotostatica della comunicazione ricevuta dal distributore di energia elettrica attestante che il punto di fornitura corrispondente al POD \_\_\_\_\_ è compreso tra gli elenchi delle forniture non disalimentabili ai fini del P.E.S.S.E. (Piano di Emergenza per la Sicurezza del Sistema Elettrico).

\_\_\_\_\_  
(Luogo, data)\_\_\_\_\_  
(Firma)

<sup>1</sup> Indicare il tipo di dispositivo utilizzato: es. ventilatore polmonare, respiratore broncoaspiratore, pompa per alimentazione enterale, apparecchiatura per la dialisi domiciliare o altra apparecchiatura strettamente necessaria alle funzioni vitali.