

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 _____,

dichiarache 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 apparecchiature¹ 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)

¹ 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.

RICHIESTA DI AGEVOLAZIONE TARIFFARIA ***MODULO A**

CONTENENTE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE (artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.)
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000
e s.m.i. per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

Il sottoscritto _____ nato a _____
il ___/___/___ residente a _____ Via
_____ n. ___ intestatario dell'utenza idrica numero
_____ telefono _____

DICHIARA ⁽¹⁾

- | | |
|---|--------------------------|
| A. Che l'indicatore ISEE del proprio nucleo familiare non è superiore € 11.160,00 | <input type="checkbox"/> |
| B. Che l'indicatore ISEE del proprio nucleo familiare non è superiore a € 13.920,00 e che il nucleo familiare è d'almeno 5 componenti. | <input type="checkbox"/> |
| C. Che l'indicatore ISEE del proprio nucleo familiare non è superiore a € 13.920,00 e che il nucleo familiare comprende almeno un soggetto che a causa di particolari condizioni mediche necessita di un ingente utilizzo d'acqua. ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> |
| D. Che il proprio nucleo familiare è composto da n. componenti. ⁽³⁾ | <input type="checkbox"/> |

E pertanto il sottoscritto conferma di trovarsi nelle condizioni indicate alla lettera ____.

Il sottoscritto è a conoscenza che la presente istanza ha validità un anno e che per mantenere le agevolazioni in oggetto per l'anno successivo dovrà presentare una nuova istanza nei termini indicati nel Regolamento.

Firma del dichiarante

_____, li _____

(1) Barrare la casella che interessa.

(2) In caso di particolari condizioni mediche l'utente deve allegare alla presente richiesta un certificato medico giustificativo.

(3) E' obbligo per il dichiarante indicare il numero dei componenti del proprio nucleo familiare.

N.B. Inoltre occorre allegare copia fotostatica di un documento di identità, la fotocopia del Modello ISEE, il certificato di residenza e l'autocertificazione che attesti che l'immobile non appartenga alla categorie descritte nella lettera b) del paragrafo 4.2. del "Regolamento di attuazione della articolazione tariffaria unica".

Informativa sulla privacy – "Codice in materia di dati personali" - ex art. 13 del D.Lgs 196/2003
Preso atto dell'informativa, accetto che i miei dati siano utilizzati da ACEA ATO 2 S.p.A. per le finalità indicate

Data _____

Firma _____