



**CODICE UTENTE\***

**NUMERO CELLULARE\***  
(sempre reperibile)

**NUMERO FAX**

\*Dati obbligatori

**SPETT.LE**

**GELSIA SRL**

Via Palestro, 33 - 20831 Seregno (MB)

Ufficio gestione del credito

Fax 0362 237136 - e-mail: recuperocrediti@gelsia.it

**COMUNICAZIONE RELATIVA ALL'INSTALLAZIONE DI APPARATI DI CURA MEDICA  
ALIMENTATI CON ENERGIA ELETTRICA, RECANTE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

[art. 47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445]

Con la presente comunicazione, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci,

il sottoscritto/a

nato/a a

il

e residente a

in Via

n.

Scala

Piano

Interno

Codice fiscale

P.IVA

Codice utente

Tel.

E-mail

chiede, ricorrendone i presupposti, che sia data comunicazione alla società di distribuzione locale della sussistenza In loco di un apparato di cura medica che necessita di essere alimentato con energia elettrica e indispensabile per la sopravvivenza. A tal fine,

**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

Via

n.

Scala

Piano

Interno

Sito nel Comune di

viene utilizzato il seguente apparato di cura medica:

Respiratore artificiale

Apparato per dialisi

Altro (specificare)

b) che tale apparato è indispensabile per la sopravvivenza umana;

c) che tale apparato necessita di essere alimentato con energia elettrica;

d) che il sottoscritto effettua la presente istanza - comunicazione:

a proprio nome, quale intestatario del contratto con Gelsia Srl

nella sua qualità di

della società / Impresa

con sede in

Codice fiscale

P.IVA

intestatario del contratto con Gelsia Srl;

a nome di

intestatario del contratto con Gelsia Srl;

#### SI IMPEGNA

in caso di disinstallazione del suddetto apparato di cura medica a darne comunicazione scritta entro 30 giorni, a mezzo raccomandata, inoltrando all'indirizzo indicato, il modello "COMUNICAZIONE RELATIVA ALL'INSTALLAZIONE DI APPARATI DI CURA MEDICA"

Data e luogo

Firma del richiedente

**N.B. Allegare copia del documento d'identità del dichiarante e certificazione dell'ASST/ASL comprovante la sussistenza di un apparato laddove esplicitamente richiesto dal modello**

*Ti invitiamo a prendere visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), allegata al contratto di fornitura.*

Firma