Amministrazione destinataria

Comune di Ottaviano

Ufficio destinatario

Settore I / Politiche sociali

Domanda di erogazione di bonus elettrico

Certificazione ai sensi del Decreto Interministeriale 28/12/2007. Art. 4, c. 2 recante "Determinazione dei criteri per la definizione delle compensazioni della spesa sostenuta per la fornitura di energia elettrica per i clienti economicamente svantaggiati e per i clienti in gravi condizioni di salute" e del Decreto Ministeriale 13/01/2011 "Individuazione delle apparecchiature medico – terapeutiche alimentate ad energia elettrica necessarie per il mantenimento in vita di persone in gravi condizioni di salute

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

☑ che il seguente soggetto si trova in gravi condizioni di salute tali da richiedere l'utilizzo presso il proprio domicilio di apparecchiature medico – terapeutiche necessarie per la sua esistenza in vita e alimentate ad energia elettrica

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

- [x] che il numero di ore medie al giorno di utilizzo per ciascuna apparecchiatura è il seguente

Funzione cardio respiratoria

- [ ] apparecchiature per pressione positiva continua
  - ○ fino a 8 ore al giorno
  - ○ tra 8 e 16 ore al giorno
  - ○ oltre 16 ore al giorno
- [ ] ventilatori polmonari
  - ○ fino a 8 ore al giorno
  - ○ tra 8 e 16 ore al giorno
  - ○ oltre 16 ore al giorno
- [ ] polmoni d'acciaio
  - ○ fino a 8 ore al giorno
  - ○ tra 8 e 16 ore al giorno
  - ○ oltre 16 ore al giorno
- [ ] tende per ossigeno terapia
  - ○ fino a 8 ore al giorno
  - ○ tra 8 e 16 ore al giorno
  - ○ oltre 16 ore al giorno
- [ ] concentratori di ossigeno fissi
  - ○ fino a 8 ore al giorno
  - ○ tra 8 e 16 ore al giorno
  - ○ oltre 16 ore al giorno
- [ ] concentratori di ossigeno portatili
  - ○ fino a 8 ore al giorno
  - ○ tra 8 e 16 ore al giorno
  - ○ oltre 16 ore al giorno
- [ ] aspiratori
  - ○ fino a 8 ore al giorno
  - ○ tra 8 e 16 ore al giorno
  - ○ oltre 16 ore al giorno
- [ ] monitor multiparametrici
  - ○ fino a 8 ore al giorno
  - ○ tra 8 e 16 ore al giorno
  - ○ oltre 16 ore al giorno
- [ ] pulsossimetri
  - ○ fino a 8 ore al giorno
  - ○ tra 8 e 16 ore al giorno
  - ○ oltre 16 ore al giorno

Funzione renale

- ☐ apparecchiature per la dialisi peritoneale
  - ○ fino a 8 ore al giorno
  - ○ tra 8 e 16 ore al giorno
  - ○ oltre 16 ore al giorno
- ☐ apparecchiature per emodialisi
  - ○ fino a 8 ore al giorno
  - ○ tra 8 e 16 ore al giorno
  - ○ oltre 16 ore al giorno

Funzione alimentare

- ☐ nutripompe
  - ○ fino a 8 ore al giorno
  - ○ tra 8 e 16 ore al giorno
  - ○ oltre 16 ore al giorno
- ☐ pompe d'infusione
  - ○ fino a 8 ore al giorno
  - ○ tra 8 e 16 ore al giorno
  - ○ oltre 16 ore al giorno
- ☐ pompe a siringa (funzionamento a batterie non ricaricabili)
  - ○ fino a 8 ore al giorno
  - ○ tra 8 e 16 ore al giorno
  - ○ oltre 16 ore al giorno

Ausili

- ☐ carrozzine elettriche
  - ○ fino a 8 ore al giorno
  - ○ tra 8 e 16 ore al giorno
  - ○ oltre 16 ore al giorno
- ☐ sollevatori mobili
  - ○ fino a 8 ore al giorno
  - ○ tra 8 e 16 ore al giorno
  - ○ oltre 16 ore al giorno
- ☐ sollevatori mobili a sedili elettrici o a barella elettrici
  - ○ fino a 8 ore al giorno
  - ○ tra 8 e 16 ore al giorno
  - ○ oltre 16 ore al giorno
- ☐ sollevatori fissi a soffitto
  - ○ fino a 8 ore al giorno
  - ○ tra 8 e 16 ore al giorno
  - ○ oltre 16 ore al giorno
- ☐ sollevatori per vasca da bagno
  - ○ fino a 8 ore al giorno
  - ○ tra 8 e 16 ore al giorno
  - ○ oltre 16 ore al giorno

- [ ] materassi da decupito
  - ○ fino a 8 ore al giorno
  - ○ tra 8 e 16 ore al giorno
  - ○ oltre 16 ore al giorno

- [x] che l'uso delle apparecchiature medico – terapeutiche necessarie per la sua esistenza in vita e alimentate ad energia elettrica ha avuto inizio nella seguente data

Data

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- [ ] copia del documento di identità
  (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- [ ] altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- [ ] dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Ottaviano		
Luogo	**Data**	**il dichiarante**