



BONUS SOCIALE PER DISAGIO FISICO PER LA FORNITURA DI ENERGIA ELETTRICA

Decreto interministeriale 28 dicembre 2007 e decreto del Ministro della Salute 13 gennaio 2011
Delibera dell'Autorità per l'energia elettrica e il gas 402/2013/R/com e Allegato A - TIBEG

Il sottoscritto/a (*)

Nato a (*)

Prov. (*)

il (*)

Residente a Lecco in (*)

n. (*)

tel. (*)

Codice fiscale (*)

[inserire 16 caratteri]

Documento d'identità (*)

- Consapevole che le informazioni riportate nella presente istanza, comprensive degli allegati, corrispondono al vero e sono accertabili ai sensi dell'art. 43 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 ovvero documentabili su richiesta delle amministrazioni competenti
- Consapevole della decadenza dai benefici e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione non veritiera, di formazione e di uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

CHIEDE

IN QUALITÀ DI CLIENTE DOMESTICO DI ESSERE AMMESSO/A AL BONUS SOCIALE PER DISAGIO FISICO PER LA FORNITURA DI ENERGIA ELETTRICA IN PRESENZA DI APPARECCHIATURE MEDICO TERAPEUTICHE PER IL MANTENIMENTO IN VITA

La presente domanda si configura come (*)

Id istanza precedente (*)

[Campo da compilare solo nel caso in cui si sia scelta la seconda tra le opzioni di cui sopra]

DATI DELLA FORNITURA

Comune (*)

Provincia (*)

Indirizzo (*)

n. (*)

Edificio

Scala

Interno

[indicare quante più informazioni possibili tra Edificio, Scala e Interno]

(*) Campo obbligatorio

Si ricorda che la mancata compilazione di uno o più campi obbligatori comporta il non accoglimento della richiesta

Codice POD (*) IT kW (*)

[codice POD e potenza impegnata in kW consultabili sulla bolletta]

Cognome/Nome utilizzatore

[Informazione da inserire solo se l'Utilizzatore delle apparecchiature elettromedicali è diverso dal Richiedente]

Codice fiscale utilizzatore

[Informazione da inserire solo se l'Utilizzatore delle apparecchiature elettromedicali è diverso dal Richiedente]

PRIVACY

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La presente istanza costituisce DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ AI SENSI DEGLI ARTICOLI 38 E 47 DEL DPR. n. 445/2000 E S.M.I.

Il sottoscritto/a (*)

In qualità di (*)

Interessato

Genitore / Tutore / Amm.re di sostegno

Vista l'informativa del Servizio Famiglia e territorio del Comune di Lecco, di cui ho preso integrale visione, nel suo complesso e in ogni sua parte, esprimo di seguito le scelte riguardanti il consenso al trattamento dei dati personali

Dichiaro, altresì, sotto mia responsabilità, di avere ricevuto espressa delega per iscritto dell'altro genitore a ché il titolare tratti i dati personali del soggetto minore (*)

[Campo da barrare solo nel caso di Genitore / Tutore / Amm.re di sostegno]

Acconsento che il Comune, in qualità di Titolare del trattamento, possa trattare i dati identificativi necessari per l'erogazione delle prestazioni del Servizio famiglia e territorio specificati nell'informativa (*)

Lecco, il (*)

Allegati da inserire OBBLIGATORIAMENTE

[Dopo la compilazione del modulo e la pressione del tasto INVIA, aggiungere uno o più file per quanto richiesto]

- Copia Certificazione ASL
- Documento d'Identità (fronte / retro)

(*) Campo obbligatorio

Si ricorda che la mancata compilazione di uno o più campi obbligatori comporta il non accoglimento della richiesta