

**Amministrazione destinataria**

Comune di Orvieto

Ufficio destinatario

Ufficio Cittadinanza

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, decreto del Ministero dello Sviluppo Economico 29 dicembre 2016. Delibera dell'Autorità di Regolazione per Energia, Reti e Ambiente 402/2013/R/com e Allegato A – TIBEG

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

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

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 la presente istanza si configura come

- ☐ nuova istanza
- ☐ variazione della localizzazione dell'apparecchiature medico terapeutiche
Id istanza precedente numero
- ☐ variazione delle apparecchiature medico terapeutiche o della intensità di utilizzo

Fornitura/e nel Comune		Provincia	
Via/piazza		Numero	
Edificio	Scala	Interno	
Codice POD IT		Potenza impegnata (KW)	

se l'utilizzatore delle apparecchiature elettromedicali è diverso dal richiedente inserire

Cognome	Nome	Codice Fiscale

DICHIARA INOLTRE

che i recapiti per eventuali comunicazioni sono i seguenti

Tel/Cell	E-mail

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)
- ☒ copia della certificazione ASL
- ☐ 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.

Orvieto		
Luogo	Data	il dichiarante