

Azienda Asl n.
Regione
Servizio

Oggetto: Certificazione ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del Decreto interministeriale 28 dicembre 2007 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 condizione di salute."

Si **certifica** che il/la signor _____,
(Cognome) (Nome)

codice fiscale _____, persona in gravi condizioni di salute, utilizza abitualmente, presso il proprio domicilio situato in Comune _____ (prov. _____) via/piazza _____ n° civico _____, apparecchiature medico-terapeutiche necessarie per la sua esistenza in vita e alimentate ad energia elettrica.

Le funzioni assolte da tali apparecchiature sono le seguenti:

- funzione alimentare
- funzione respiratoria
- funzione urinaria

Le apparecchiature* utilizzate sono le seguenti:

* 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.

Si certifica che l'uso di tali apparecchiature ha avuto inizio in data ____/____/____

(Luogo, data)

(Firma e Timbro)