

**Amministrazione destinataria**

Comune di Cappelle sul Tavo

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

Domanda accesso al bonus sociale per disagio fisico per la fornitura di energia elettrica

Decreto interministeriale 28/12/ 2007 e decreto del Ministro della Salute 13/01/2011, decreto del Ministero dello Sviluppo Economico 2912/2016. Delibera dell'Autorità di Regolazione per Energia, Reti e Ambiente 402/2013/R/com e Allegato A – TIBEG

Il sottoscritto

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Residenza | | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | | | | Scala |
| | | | | | Piano |
| | | | | | SNC |
| | | | | | CAP |
| | | | | | |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | | Posta elettronica certificata | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |

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 al bonus sociale per disagio fisico per la fornitura di energia elettrica in presenza di apparecchiature medico terapeutiche per il mantenimento in vita

La domanda si prefigura come

- ☐ nuova istanza
- ☐ variazione della localizzazione delle apparecchiature medico terapeutiche
- Numero ID istanza precedente
-
- ☐ variazione delle apparecchiature medico terapeutiche o della intensità di utilizzo

Soggetto interessato

- ☐ riferito a sé stesso
- ☐ riferito alla persona di seguito specificata

soggetto interessato

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)

fornitura nel seguente comune

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

☐

CAP

Codice POD IT

Potenza impegnata

kW

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

- ☒ di essere consapevole che la domanda di accesso o di rinnovo di bonus per disagio economico costituisce una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con le conseguenze previste dalla legge nel caso di dichiarazione non veritiera
- ☒ di essere consapevole che il richiedente si impegna a comunicare tempestivamente al comune di residenza la variazione delle condizioni di ammissibilità
- ☒ di essere consapevole che in caso di variazione di apparecchiature elettromedicali è possibile consegnare una domanda di variazione dell'utilizzo, indicando le apparecchiature in più che vengono usate
- ☒ di essere consapevole che se una volta ottenuto il bonus è avvenuto un cambio di residenza (e quindi un cambio di contratto di fornitura) sarà necessario presentare la domanda di variazione di fornitura

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 della certificazione ASL

☐ 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.

Cappelle sul Tavo

Luogo

Data

il dichiarante