

ISTANZA PER L'AMMISSIONE AL  
REGIME DI COMPENSAZIONE PER LA FORNITURA DI ENERGIA ELETTRICA  
(decreto interministeriale 28 dicembre 2007)  
**DISAGIO FISICO**

Il/La sottoscritto/a<sup>1</sup> \_\_\_\_\_, nato/a  
\_\_\_\_\_,  
(Cognome) (Nome)

(prov. \_\_\_), il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, residente in Comune  
\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_, n. civico \_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, ovvero di formazione od utilizzo di atti falsi,

**CHIEDE**

di essere ammesso/a al regime di compensazione della spesa per la fornitura di energia elettrica in presenza di apparecchiature medico terapeutiche indispensabili per il mantenimento in vita del paziente<sup>2</sup>.

**Informazioni relative alla fornitura di energia elettrica:**

Fornitura per uso domestico.<sup>3</sup>  SI  NO  
Fornitura effettuata nel Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_)  
via/piazza \_\_\_\_\_, n° civico \_\_\_\_\_

Codice POD<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

Potenza impegnata<sup>5</sup> \_\_\_\_\_ (kW)

**La presente richiesta si configura come:**

- Nuova istanza  Variazione della localizzazione dell'apparecchiatura medico terapeutica  
 Variazione delle apparecchiature medico terapeutiche o della intensità di utilizzo

**Al riguardo si allegano i seguenti documenti:**

- Copia fotostatica della certificazione ASL o dichiarazione sostitutiva della certificazione ASL<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Il richiedente deve essere l'intestatario del contratto di fornitura dell'energia elettrica e può essere diverso dal soggetto utilizzatore delle apparecchiature medico terapeutiche indispensabili per il mantenimento in vita.

<sup>2</sup> La localizzazione delle apparecchiature medico terapeutiche deve coincidere con il punto di fornitura.

<sup>3</sup> La compensazione della spesa è riconosciuta solo per forniture uso domestico.

<sup>4</sup> Il codice POD è il codice alfanumerico che inizia con le lettere "IT" riportato in ogni bolletta e nel contratto di fornitura

<sup>5</sup> La potenza impegnata è riportata in ogni bolletta e nel contratto di fornitura.

<sup>6</sup> La dichiarazione sostitutiva può essere presentata dai richiedenti che abbiano ricevuto comunicazione di essere inseriti tra gli utenti non disalimentabili ai fini del P.E.S.S.E. (Piano di Emergenza per la Sicurezza del Sistema Elettrico). In tutti gli altri casi è necessaria una certificazione dell'ASL conforme ai criteri di cui alla deliberazione ARG/elt 117/08.

.....  
 Copia fotostatica del documento di identità

Certificato agevolazione in vigore <sup>7</sup>

**Recapiti per eventuali comunicazioni (campi facoltativi)**

Tel \_\_\_\_\_, Cell \_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, inoltre  
**dichiara:**

- che le informazioni riportate nella presente istanza, comprensive degli allegati, corrispondono al vero e sono accertabili ai sensi dell'art. 43 del citato DPR n. 445/00, ovvero documentabili su richiesta delle amministrazioni competenti;
- di essere informato, ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali, acquisiti con la presente istanza:
  - a) sono forniti per determinare le condizioni di ammissibilità del richiedente l'applicazione del regime di compensazione;
  - b) potranno essere trattati, unitamente ai dati relativi ai consumi elettrici, anche mediante strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla presente istanza.;
  - c) saranno comunicati alle imprese di distribuzione ai fini dell'erogazione della compensazione e potranno essere altresì trasmessi alla Guardia di finanza e all'Agenzia delle Entrate, unitamente ai dati di consumo elettrici rilevati a seguito dell'ammissione al regime di compensazione, per i controlli previsti dalla vigente normativa, ivi incluse le attività di controllo di cui all'art. 10 dell'Allegato A alla deliberazione dell'Autorità 6 agosto 2008, n. 117/08 s.m.i;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al proprio Comune di residenza le variazioni delle condizioni di ammissibilità dell'Allegato A alla deliberazione ARG/elt 117/08 intervenute durante il periodo di validità della compensazione.

Il rifiuto al trattamento dei dati contenuti nella presente istanza non consentirà di accedere al regime di compensazione.

Il dichiarante può rivolgersi in qualunque momento agli enti ai quali ha presentato l'istanza per verificare, aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiedere il blocco ed opporsi al trattamento dei dati che lo riguardano, se trattati in violazione di legge (articoli 7, 9, 10 e 138 del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196). L'ente al quale viene presentata l'istanza e gli enti erogatori a cui sono trasmesse le informazioni sono titolari del trattamento dei dati, ciascuno per le rispettive competenze.

\_\_\_\_\_  
(Luogo, data)

\_\_\_\_\_  
(Firma del richiedente)

**PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA MEDIANTE INCARICATO**

La presente istanza è presentata dal sig. \_\_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)

documento di identità n. \_\_\_\_\_, rilasciato in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

da \_\_\_\_\_ in qualità di delegato del richiedente.

**Allo scopo si allega copia fotostatica dei seguenti documenti:**

\_\_\_\_\_  
<sup>7</sup> E' il certificato rilasciato dal Comune all'atto della presentazione dell'istanza di agevolazione in vigore. La sua presentazione è necessaria per le istanze di variazione della localizzazione dell'apparecchiatura medico terapeutica.

Atto di delega a presentare la dichiarazione

Documento di riconoscimento del delegato

\_\_\_\_\_  
(Luogo, data)

\_\_\_\_\_  
(Firma del delegato)

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

**MODULO C**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(articolo 38 e 47 del DPR n.445/2000 e s.m.i)

Dichiarazione resa ai sensi dell'articolo 16, comma 16.2 lettera a) dell'Allegato A alla deliberazione Arg/elet 117/08

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

(Cognome) (Nome)

nato/a a \_\_\_\_\_, (prov), \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

**dichiara**

che il/la Signor/a \_\_\_\_\_

(Cognome) (Nome)

codice fiscale \_\_\_\_\_

**è persona 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. indicate all'elenco sottostante.**

Ai fini di cui all'oggetto è necessario indicare per ciascuna apparecchiature il numero di ore medie giorno di utilizzo.

Funzioni/Apparecchiature	Fino a 8 ore giorno	Tra 8 ore e 16 ore giorno	Oltre 16 ore giorno
<b>FUNZIONE CARDIO RESPIRATORIA</b>			
1. apparecchiature per pressione positiva continua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ventilatori polmonari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. polmoni d'acciaio			<input type="checkbox"/>
4. tende per ossigeno terapia			<input type="checkbox"/>
5. concentratori di ossigeno fissi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. concentratori di ossigeno portatili			<input type="checkbox"/>
7. aspiratori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. monitor multiparametrici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. pulsossimetri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FUNZIONE RENALE</b>			
10. apparecchiature per la dialisi peritoneale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. apparecchiature per emodialisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FUNZIONE ALIMENTARE</b>			
12. nutripompe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. pompe d'infusione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. pompe a siringa*			

\*funzionamento a batteria non ricaricabile

**AUSILI**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 15. carrozzine elettriche                 | <input type="checkbox"/> |
| 16. sollevatori mobili                    | <input type="checkbox"/> |
| 17. sollevatori mobili a sedili elettrici | <input type="checkbox"/> |
| sollevatori mobili a barella elettrici    |                          |
| 18. sollevatori fissi a soffitto          | <input type="checkbox"/> |
| 19. sollevatori per vasca da bagno        | <input type="checkbox"/> |
| 20. materassi antidecubito                | <input type="checkbox"/> |

Si dichiara altresì che l'uso di tali apparecchiature ( medico-terapeutiche necessarie per la sua esistenza in vita e alimentate ad energia elettrica) ha avuto inizio in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Al riguardo si allega copia fotostatica della comunicazione ricevuta dal distributore di energia elettrica attestante che il punto di fornitura corrispondente al POD \_\_\_\_\_ è compreso tra gli elenchi delle forniture non disalimentabili ai fini del P.E.S.S.E (piano di Emergenza per la sicurezza del sistema elettrico)

\_\_\_\_\_  
(Luogo, data) (Firma e Timbro)

[Fac-simile]

**MODULO D**

Azienda Asl \_\_\_\_\_  
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" e del Decreto Ministeriale 13 gennaio 2011 "Individuazione delle apparecchiature medico-terapeutiche alimentate ad energia elettrica necessarie per il mantenimento in vita di persone in gravi condizioni di salute"

Si certifica che il/la signor \_\_\_\_\_,

(Cognome) (Nome)

codice fiscale \_\_\_\_\_,

domicilio situato in Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) via/piazza

\_\_\_\_\_ n° civico \_\_\_\_\_,

**è persona 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 indicate all'elenco sottostante.**

Ai fini di cui all'oggetto è necessario indicare per ciascuna apparecchiature il numero di ore medie giorno di utilizzo.

Funzioni/Apparecchiature	Fino a 8 ore al giorno	Tra 8 ore e 16 ore al giorno	Oltre 16 ore al giorno
<b>FUNZIONE CARDIO RESPIRATORIA</b>			
1. apparecchiature per pressione positiva continua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ventilatori polmonari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. polmoni d'acciaio			<input type="checkbox"/>
4. tende per ossigeno terapia			<input type="checkbox"/>
5. concentratori di ossigeno fissi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. concentratori di ossigeno portatili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. aspiratori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. monitor multiparametrici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. pulsossimetri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FUNZIONE RENALE</b>			
10. apparecchiature per la dialisi peritoneale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. apparecchiature per emodialisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FUNZIONE ALIMENTARE</b>			
12. nutripompe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. pompe d'infusione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. pompe a siringa*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*funzionamento a batterie non ricaricabili

**AUSILI**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 15. carrozzine elettriche                 | <input type="checkbox"/> |
| 16. sollevatori mobili                    | <input type="checkbox"/> |
| 17. sollevatori mobili a sedili elettrici | <input type="checkbox"/> |
| sollevatori mobili a barella elettrici    |                          |
| 18. sollevatori fissi a soffitto          | <input type="checkbox"/> |
| 19. sollevatori per vasca da bagno        | <input type="checkbox"/> |
| 20. materassi antidecubito                | <input type="checkbox"/> |

Si certifica che l'uso di tali apparecchiature ( medico-terapeutiche necessarie per la sua esistenza in vita e alimentate ad energia elettrica) ha avuto inizio in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Luogo, data) (Firma e Timbro)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**Per il riconoscimento della condizione di FAMIGLIA NUMEROSA**  
comma 2.3, lettera b), della delibera dell'Autorità per l'energia elettrica e il gas ARG/elt 117/08 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(Cognome) (Nome)

nato/a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_,

codice fiscale \_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, ovvero di formazione od utilizzo di atti falsi,

**dichiara che:**

1) _____, _____, (Cognome) (Nome) (Codice fiscale) è figlio a carico ai fini IRPEF* di _____, _____, (Cognome) (Nome) (Codice fiscale)
2) _____, _____, (Cognome) (Nome) (Codice fiscale) è figlio a carico ai fini IRPEF* di _____, _____, (Cognome) (Nome) (Codice fiscale)
3) _____, _____, (Cognome) (Nome) (Codice fiscale) è figlio a carico ai fini IRPEF* di _____, _____, (Cognome) (Nome) (Codice fiscale)
4) _____, _____, (Cognome) (Nome) (Codice fiscale) è figlio a carico ai fini IRPEF* di _____, _____, (Cognome) (Nome) (Codice fiscale)

e che tutti i soggetti summenzionati sono compresi nel nucleo familiare rilevante ai fini dell'attestazione ISEE n. \_\_\_\_\_ allegata all'istanza di ammissione al regime di compensazione della spesa di cui al decreto ministeriale 28 dicembre 2007.

\_\_\_\_\_  
(Luogo, data)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\* Sono considerati a carico i figli che, ai sensi dell'articolo 12, comma 2, del T.U.I.R., possiedono un reddito complessivo non superiore a 2.840,51 euro.