



## MODULO PER LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER L'INSTALLAZIONE O PRESENZA DI APPARATI DI CURA MEDICA ALIMENTATI CON ENERGIA ELETTRICA

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Gentile Cliente,

ti comunichiamo che la non disalimentabilità di una fornitura di energia elettrica ad uso domestico è subordinata alla presenza all'interno dell'abitazione di apparecchiature considerate salvavita<sup>1</sup>.

Affinché la tua fornitura rientri in questa condizione, ovvero non possa subire la sospensione dell'erogazione dell'energia, è necessario inviare un'autocertificazione (Dichiarazione Sostitutiva) che attesti la presenza di una persona che utilizza apparecchiature elettromedicali, alimentate con l'energia elettrica, necessarie per la sua esistenza in vita. **In assenza di tale documentazione non è possibile recepire la richiesta di non disalimentabilità.**

A seguire, il modello di Dichiarazione Sostitutiva di atto di notorietà, come da articoli di legge 38 e 47 del DPR n°445/2000, **da inviarti compilato e corredato della copia fronte/retro del documento identità del dichiarante.** Se il dichiarante NON coincide con l'intestatario della fornitura è necessario allegare la copia del documento d'identità sia del dichiarante, sia dell'intestatario della fornitura.

Alla Dichiarazione deve essere **allegata la certificazione dell'ASL locale – o organo equivalente** – che attesta la presenza di un apparato di cura alimentato con energia elettrica, indispensabile per la sopravvivenza.

Puoi inviarti la documentazione, tramite il nostro sito, usando il link [www.eniplenitude.com/scrivici](http://www.eniplenitude.com/scrivici).

Una volta eseguito l'accesso, dovrai confermare i dati personali selezionando le tre voci:

“Devo inviare dei documenti” > “Contratti e modifiche contrattuali” > “Comunicazione di cliente non disalimentabile”.

Non dimenticare di caricare la documentazione (modulo compilato e relativi allegati) e confermare con “Invio”! (N.B. I formati accettati sono: PDF, JPG, PNG, TIFF con dimensione massima totale di 2MB).

Ti ricordiamo che la condizione di non disalimentabilità non esonera dal saldo del debito, al quale è necessario provvedere.

Precisiamo, che in base alla normativa in materia, qualora l'apparato di cura sia disinstallato, dovrai comunicarcelo tempestivamente, preferibilmente tramite il nostro sito, usando sempre il link [www.eniplenitude.com/scrivici](http://www.eniplenitude.com/scrivici)

Una volta eseguito l'accesso, dovrai confermare i dati personali selezionando le tre voci:

“Devo inviare dei documenti” > “Contratti e modifiche contrattuali” > “Comunicazione di interruzione della condizione di non disalimentabilità”.

Ricordati di specificare il numero POD della fornitura e la data dalla quale l'apparato elettromedicale non è più utilizzato.

In entrambi i casi, in alternativa all'invio tramite sito, puoi trasmettere la documentazione all'indirizzo postale:

Eni Plenitude S.p.A. Società Benefit  
Centro Documentale  
Casella postale 71  
20068 Peschiera Borromeo (Mi).

<sup>1</sup> Ti ricordiamo che tale condizione consente di beneficiare di un Bonus per Disagio Fisico da richiedere ai Comuni o ai CAF abilitati: consulta <https://www.arera.it/consumatori/bonus-sociale/bonus-per-gravi-condizioni-di-salute> per le informazioni in merito.



## MODULO PER LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER L'INSTALLAZIONE O PRESENZA DI APPARATI DI CURA MEDICA ALIMENTATI CON ENERGIA ELETTRICA

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

POD <i>Presente in bolletta</i>	E- Mail
Codice Cliente <i>Presente in bolletta</i>	N. Cellulare

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n.445/2000 per false attestazioni, il sottoscritto

Nome	Cognome
Codice Fiscale	Partita Iva
Nato il <i>(gg/mm/aaaa)</i>	a
Residente in via/piazza	
Comune	

### DICHIARA

a) che nell'abitazione in cui è attiva la fornitura di energia elettrica per uso domestico intestata a

Nome	Cognome		
POD			
Situata nel comune di			
N.	Scala	Piano	Interno

viene utilizzato uno dei seguenti apparati di cura medica:

- Respiratore artificiale
- Apparato per dialisi
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Si allega certificazione dell'ASL locale - o organo equivalente - che attesta la presenza di un apparato di cura alimentato con energia elettrica indispensabile per la sopravvivenza

b) che l'apparato è indispensabile per la sopravvivenza umana;

c) che l'apparato è alimentato con energia elettrica;

Il sottoscritto effettua la presente dichiarazione<sup>1</sup>:

- 1. a proprio nome, quale intestatario del contratto con Eni Plenitude S.p.A. Società Benefit;
  
- 2. a nome di

Nome	Cognome
Codice Fiscale	

Intestatario del contratto con Eni Plenitude S.p.A. Società Benefit.

Luogo
Data (gg/mm/aaaa)
Firma del richiedente/dichiarante

Se l'apparato di cura verrà disinstallato, dovrai comunicarlo tempestivamente, preferibilmente tramite il nostro sito.

Titolare del trattamento dei dati personali è Eni Plenitude S.p.A. Società Benefit., con sede legale in Via Giovanni Lorenzini, 4 20139 Milano (MI) – Italy . L'informativa completa è disponibile sul sito [eniplenitude.com](http://eniplenitude.com)

**Allegati:**

- 1: Certificazione dell'ASL locale – o organo equivalente – che attesta la presenza di un apparato di cura alimentato con energia elettrica indispensabile per la sopravvivenza.
- 2: copia (fronte/retro) di un documento d'identità valido del dichiarante
- 3: Se il dichiarante NON coincide con l'intestatario della fornitura è necessario allegare il documento d'identità del dichiarante e dell'intestatario della fornitura.

---

<sup>1</sup> Barrare la sola casella di interesse e completare con le informazioni richieste.