

## 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			
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)