

**MODULO PER LA RICHIESTA DI APPLICAZIONE DEL  
REGIME DI NON DISALIMENTABILITÀ  
(SENZA BONUS SOCIALE PER DISAGIO FISICO)**



Da inviare a Tea Energia utilizzando una qualunque tra le seguenti modalità:

- servizio postale, all'indirizzo Tea Energia s.r.l. – via Taliercio 3 – 46100 Mantova;
- posta elettronica certificata, all'indirizzo PEC [teaenergia@pec.teaspa.it](mailto:teaenergia@pec.teaspa.it);
- posta elettronica, all'indirizzo e-mail [clienti@teaspa.it](mailto:clienti@teaspa.it);
- consegna agli sportelli di Tea Energia sul territorio.

Il/La sottoscritto/a .....  
(nome e cognome del richiedente)

nato/a a ..... il / /  C.F.

Codice Cliente: , ..... nella sua qualità di cliente domestico, mediante il presente modulo

**CHIEDE**

DI ESSERE CONSIDERATO CLIENTE NON DISALIMENTABILE IN RELAZIONE ALLA FORNITURA DI ENERGIA ELETTRICA A SÈ INTESTATA DI SEGUITO MEGLIO IDENTIFICATA, PER PRESENZA DI APPARECCHIATURE MEDICO-TERAPEUTICHE ALIMENTATE AD ENERGIA ELETTRICA NECESSARIE PER IL MANTENIMENTO IN VITA DI PERSONE AFFETTE DA GRAVI PATOLOGIE:

Punto di fornitura sito in .....prov. ....

Via/piazza. .... n. .... Interno ..... Codice POD:

Potenza impegnata ..... kW .....

**Dati utilizzatore delle apparecchiature (obbligatorio)**

Ai sensi della vigente normativa, il richiedente dichiara che l'utilizzatore delle apparecchiature medico-terapeutiche in questione:

- coincide con la persona del richiedente;
- è diverso dal richiedente e coabita con quest'ultimo. In tal caso, precisa:
  - nome e cognome utilizzatore delle apparecchiature: .....
  - C.F. utilizzatore delle apparecchiature:

**Recapito telefonico per eventuali comunicazioni (obbligatorio)**

Al fine di essere avvisato prontamente in caso di blackout e distacchi programmati, il cliente non disalimentabile dichiara di essere sempre rintracciabile al recapito telefonico di seguito indicato, impegnandosi a comunicare prontamente ogni eventuale suo aggiornamento, in caso di variazioni:

Tel. / Cell. ....

**Documenti da allegare (obbligatorio):**

- Copia Certificazione ASL (vedasi facsimile "Allegato ASL");
- Copia documento di identità in corso di validità del richiedente;
- Nel caso in cui l'utilizzatore delle apparecchiature medico-terapeutiche non coincida con il richiedente, copia documento di identità in corso di validità dell'utilizzatore.

**In relazione a tutto quanto sopra, il/la sottoscritto/a**

**DICHIARA:**

- che le informazioni riportate nel presente documento, comprensivo dei suoi allegati, corrispondono al vero e sono accertabili ai sensi dell'art. 43 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, ovvero documentabili su richiesta delle amministrazioni competenti;
- di essere consapevole della decadenza dai benefici eventualmente riconosciuti e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione non veritiera e di formazione e di uso di atti falsi, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445;
- di essere consapevole che la presente richiesta, così come la sua ammissibilità, potrà essere assoggettata a modifiche e variazioni da parte delle competenti Autorità;
- che provvederà ad informare Tea Energia, con la massima tempestività e comunque entro e non oltre 30 giorni, nel caso in cui le apparecchiature medico-terapeutiche in questione venissero disinstallate o comunque dismesse;
- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati personali allegata.

.....  
(luogo e data)

<GRAFO\_001>

(firma)