

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 |
|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| FUNZIONE CARDIO RESPIRATORIA | | | |
| 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"/> |
| FUNZIONE RENALE | | | |
| 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"/> |
| FUNZIONE ALIMENTARE | | | |
| 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)