

Azienda
Regione
Servizio

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/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, secondo i tempi specificati:

Funzioni/Apparecchiature	Fino a 8 ore al giorno	Tra 8 ore e 16 ore al giorno	Oltre 16 ore al giorno	Data avvio utilizzo	Data fine utilizzo
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	<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"/>		
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 (a batterie non ricaricabili)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
AUSILI					
15. carrozzine elettriche		<input type="checkbox"/>			
16. sollevatori mobili		<input type="checkbox"/>			
17. sollevatori mobili a sedili elettrici; sollevatori mobili a barella elettrici		<input type="checkbox"/>			
18. sollevatori fissi a soffitto		<input type="checkbox"/>			
19. sollevatori per vasca da bagno		<input type="checkbox"/>			
20. materassi antidecubito		<input type="checkbox"/>			

(Luogo, data)

(Firma del compilatore e Timbro della Struttura Sanitaria)

Domicilio dell'assistito e sede del titolare dell'utenza elettrica (dati compilati a cura del richiedente):

Comune di _____ (prov. _____) via/piazza _____ n° civico _____