

Fac-simile

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/elt 117/08

Il/la sottoscritto/a _____,

(Cognome) (Nome)

nato/a a _____, (prov), Il _____ codice fiscale

_____ dichiara

che il/la Signor/a _____ codice fiscale

(Cognome) (Nome)

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 apparecchiatura 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			
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"/>
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*			<input type="checkbox"/>

*funzionamento a batteria non ricaricabile

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"/> |

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)