*ASL 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI*
*AREA DISTRETTUALE 1 U.O.C.*
*DISTRETTO SANITARIO DI FRANCAVILLA AL MARE*
*AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE – VAL DI FORO*
*Punto Unico di Accesso(PUA)*
*C.da Alento sn – FRANCAVILLA AL MARE 66023*
*e-mail: pua.francavilla@asl2abruzzo.it*

# *RICHIESTA DI* BONUS ELETTRICO PER DISAGIO FISICO

Oggetto: 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*"

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ residente a _____

Via _____ n _____

Codice Fiscale _____ Tel _____

## CHIEDE

per se medesimo

in favore di _____

nato a _____ Il _____ residente a _____

via _____ n. _____ Codice Fiscale _____

la concessione del bonus elettrico per disagio fisico ai sensi della normativa citata in oggetto.

**A tal fine allega la seguente documentazione:**

☐ _____

☐ _____

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa di cui all'art.13 del D.Lgs.196/2003, **acconsente,** ai sensi dell' art. 23 del predetto decreto, **al trattamento ed alla comunicazione dei suoi dati personali** ad opera dei soggetti indicati nella suddetta informativa nei limiti di cui alla stessa. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa e sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca da parte dell'interessato.

Data: _____ FIRMA _____