

**Amministrazione destinataria**

Comune di Penne

**Ufficio destinatario**

Ufficio protocollo

## Domanda di erogazione del bonus sociale per disagio fisico per la fornitura di energia elettrica

**Il sottoscritto**

|                      |                      |                             |                      |                               |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Cognome              |                      | Nome                        |                      | Codice Fiscale                |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita            | Cittadinanza         |                               |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> |                               |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| Residenza            |                      | Indirizzo                   |                      | Civico                        | Barrato              | Interno              | Scala                | Piano                | SNC                      | CAP                  |
| Provincia            | Comune               | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Telefono cellulare   | Telefono fisso       | Posta elettronica ordinaria |                      | Posta elettronica certificata |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                      |                      |                      |                      |                          |                      |

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento***(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**Soggetto interessato**

- per sé stesso
- per il seguente familiare o tutelato

**soggetto interessato**

|  |                      |                      |                      |                      |  |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| Cognome  |                      | Nome                 |                      | Codice Fiscale       |  |
| <input type="text"/>   |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |  |
| Data di nascita  | Sesso                | Luogo di nascita     | Cittadinanza         |                      |  |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |  |
| Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.) |                      |                      |                      |                      |  |
| <input type="text"/>   |                      |                      |                      |                      |  |

**CHIEDE**

in qualità di cliente domestico di essere ammesso/a al bonus sociale per disagio fisico per la fornitura di energia elettrica in presenza di apparecchiature medico terapeutiche per il mantenimento in vita

- nuova istanza
- variazione della localizzazione dell'apparecchiatura medico terapeutiche
- ID istanza precedente**
- 
- variazione delle apparecchiature medico terapeutiche o della intensità di utilizzo

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

i dati della fornitura

|               |        |           |        |         |                   |       |       |                          |     |
|---------------|--------|-----------|--------|---------|-------------------|-------|-------|--------------------------|-----|
| Provincia     | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno           | Scala | Piano | SNC                      | CAP |
|               |        |           |        |         |                   |       |       | <input type="checkbox"/> |     |
| Edificio      |        |           |        |         |                   |       |       |                          |     |
|               |        |           |        |         |                   |       |       |                          |     |
| Codice POD IT |        |           |        |         | Potenza impiegata |       |       |                          |     |
|               |        |           |        |         |                   |       |       |                          |     |
| kw            |        |           |        |         |                   |       |       |                          |     |

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

#### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

copia Certificazione ASL (Allegato ASL)

copia del documento di identità

*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*

altri allegati

#### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Penne

Luogo

Data

il dichiarante