

**MODULO PER RICHIESTA DI ISCRIZIONE DELLA FORNITURA IN OGGETTO NEGLI ELENCHI DEI
CLIENTI NON DISALIMENTABILI (SENZA BONUS) DA PARTE DEL DISTRIBUTORE**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ (prov. _____) il _____

codice fiscale

residente in _____
(Comune) via/piazza n. civico

CHIEDE

IN QUALITA DI CLIENTE DOMESTICO DI ESSERE CONSIDERATO **CLIENTE NON DISALIMENTABILE** PER LA FORNITURA DI ENERGIA ELETTRICA DI SEGUITO DETTAGLIATA PER PRESENZA DI APPARECCHIATURE MEDICO TERAPEUTICHE PER IL MANTENIMENTO IN VITA

Fornitura/e nel Comune _____ (prov. _____)

Via/piazza _____ n° _____ Edificio

_____ scala _____ interno _____

Codice POD ⁴ IT Potenza impegnata _____ kW _____

Recapiti per eventuali comunicazioni

*Al fine di essere avvisato prontamente nel caso di possibili black out temporanei è necessario inserire in questo campo un recapito telefonico in cui il **cliente non disalimentabile** possa sempre essere rintracciato, con impegno dello stesso di comunicare pronto aggiornamento in caso di variazione di recapito.*

Tel. / Cell. _____ e-mail _____

Desidero ricevere tutte le comunicazioni **anche via e-mail** SI / NO

Documenti da allegare obbligatoriamente ⁷:

- ☐ Copia Certificazione ASL (Allegato ASL)
- ☐ Copia del documento di identità del Richiedente

Luogo e data _____, _____

Timbro e firma del richiedente
