

[Fac-simile]

ALLEGATO ASL

Azienda Asl _____

Regione _____

Servizio _____

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”*

Si certifica che il/la signor _____,

(Cognome) (Nome)

codice fiscale

domicilio situato in Comune _____ (prov. _____) via/piazza

_____ n° civico _____,

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 apparecchiature il numero di ore medie giorno di utilizzo.

Funzioni/Apparecchiature	Fino a 8 ore al giorno	Tra 8 ore e 16 ore al giorno	Oltre 16 ore al giorno
FUNZIONE CARDIO RESPIRATORIA			
1. apparecchiature per pressione positiva continua	☐	☐	☐
2. ventilatori polmonari	☐	☐	☐
3. polmoni d'acciaio			☐
4. tende per ossigeno terapia			☐
5. concentratori di ossigeno fissi	☐	☐	☐
6. concentratori di ossigeno portatili	☐	☐	☐
7. aspiratori	☐	☐	☐
8. monitor multiparametrici	☐	☐	☐
9. pulsossimetri	☐	☐	☐
FUNZIONE RENALE			
10. apparecchiature per la dialisi peritoneale	☐	☐	☐
11. apparecchiature per emodialisi	☐	☐	☐
FUNZIONE ALIMENTARE			
12. nutripompe	☐	☐	☐
13. pompe d'infusione	☐	☐	☐
14. pompe a siringa*	☐	☐	☐

*funzionamento a batterie non ricaricabili

AUSILI	
15. carrozzine elettriche	☐
16. sollevatori mobili	☐
17. sollevatori mobili a sedili elettrici	☐
sollevatori mobili a barella elettrici	
18. sollevatori fissi a soffitto	☐
19. sollevatori per vasca da bagno	☐
20. materassi antidecubito	☐

Si certifica 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 ____/____/____

(Luogo, data) (Firma e Timbro)