

**[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 condizioni 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 apparecchiatura 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
<b>FUNZIONE CARDIO RESPIRATORIA</b>			
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"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
<b>FUNZIONE RENALE</b>			
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"/>
<b>FUNZIONE ALIMENTARE</b>			
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*funzionamento a batterie non ricaricabili

---

<b>AUSILI</b>	
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 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)