

**[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<br>giorno | Tra 8 ore e 16<br>ore al giorno | Oltre 16 ore<br>al giorno |
|-------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| <b>FUNZIONE CARDIO<br/>RESPIRATORIA</b>               |                           |                                 |                           |
| 1. apparecchiature per pressione<br>positiva continua | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>  |
| 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<br>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 |  | <input type="checkbox"/> |
| sollevatori mobili a barella elettrici    |  |                          |
| 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)