

## 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 Bisignano (prov.CS) 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.**

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	<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 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

---

**AUSILI**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 15. carrozzine elettriche                   | <input type="checkbox"/> |
| 16. sollevatori mobili                      | <input type="checkbox"/> |
| 17. sollevatori mobili a s edili e lettrici | <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)