

ALLEGATO ATS

Azienda ATS _____

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)