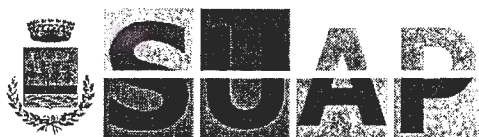


COMUNE DI ACQUEDOLCI

(Provincia di Messina)



UFFICIO SPORTELLO UNICO ATTIVITA' PRODUTTIVE

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO – BONUS ENERGIA ELETTRICA

PER I CITTADINI RESIDENTI NEL COMUNE DI ACQUEDOLCI

Il Sindaco

RENDE NOTO CHE:

Dal 1[^] Gennaio 2013 tutti i cittadini italiani e stranieri residenti nel Comune di Acquedolci potranno richiedere il “Bonus energia elettrica” presso i nostri uffici comunali.

I cittadini che hanno presentato domanda, nel corso dell’anno 2012 possono richiedere il rinnovo della stessa entro un mese prima dalla data di scadenza dell’agevolazione, recandosi in Comune, dall’incaricata del servizio SGATE: dipendente Caiola Marianna.

Il Bonus Energia Elettrica è un’agevolazione introdotta dal Decreto Interministeriale (DM Sviluppo Economico) 28/12/2007 con l’obiettivo di sostenere la spesa energetica delle famiglie in condizioni di disagio economico, garantendo un risparmio sulla spesa annua per energia elettrica. Hanno inoltre diritto al Bonus tutte le famiglie presso le quali vive un soggetto in gravi condizioni di salute, costretto ad utilizzare apparecchiature domestiche elettromedicali necessarie per l’esistenza in vita.

Per maggiori informazioni, assistenza e modulistica relative alla procedura per la presentazione della domanda di Bonus Energia Elettrica il cittadino si può rivolgere all’URP del Comune oppure direttamente all’incaricata: Caiola Marianna presso SUAP, secondo piano del palazzo municipale, tel.: 0941/731132.

Sul sito internet del Comune di Acquedolci è disponibile, nella sezione: **modulistica**, scaricare i modelli tipo A per Disagio Economico (cittadini che non superano i 7.500 euro d’importo ISEE) modelli di tipo B,C,D per Disagio Fisico.

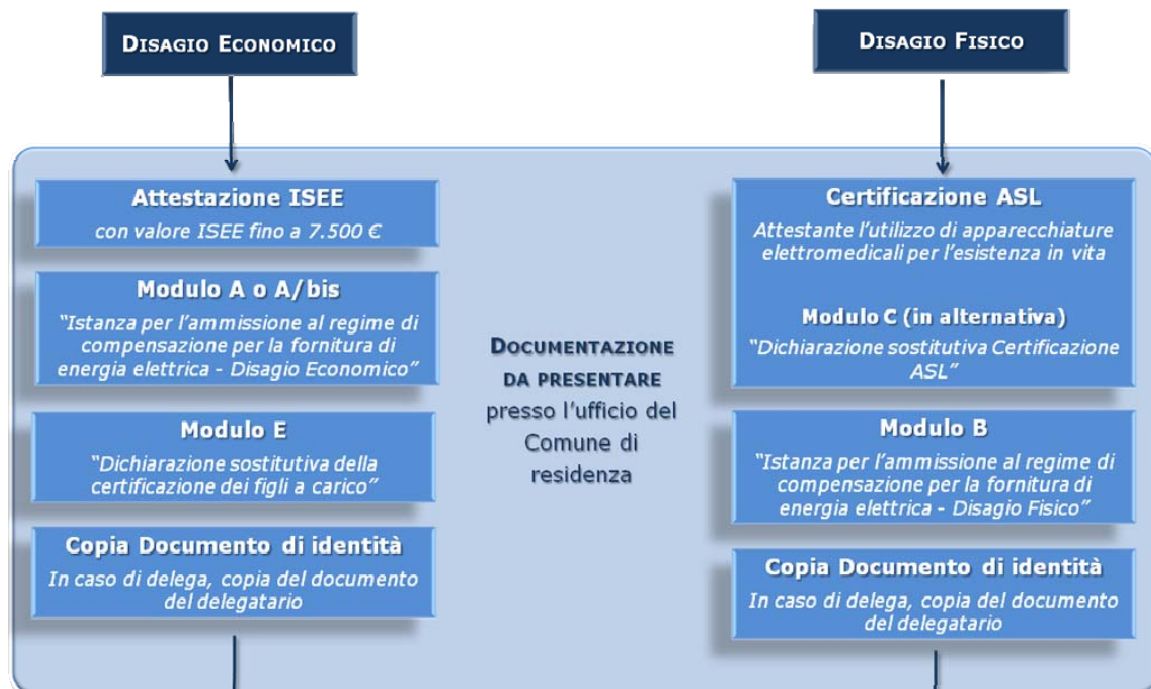
Acquedolci 21 gennaio 2013

Il Sindaco: avv. Cirino Gallo

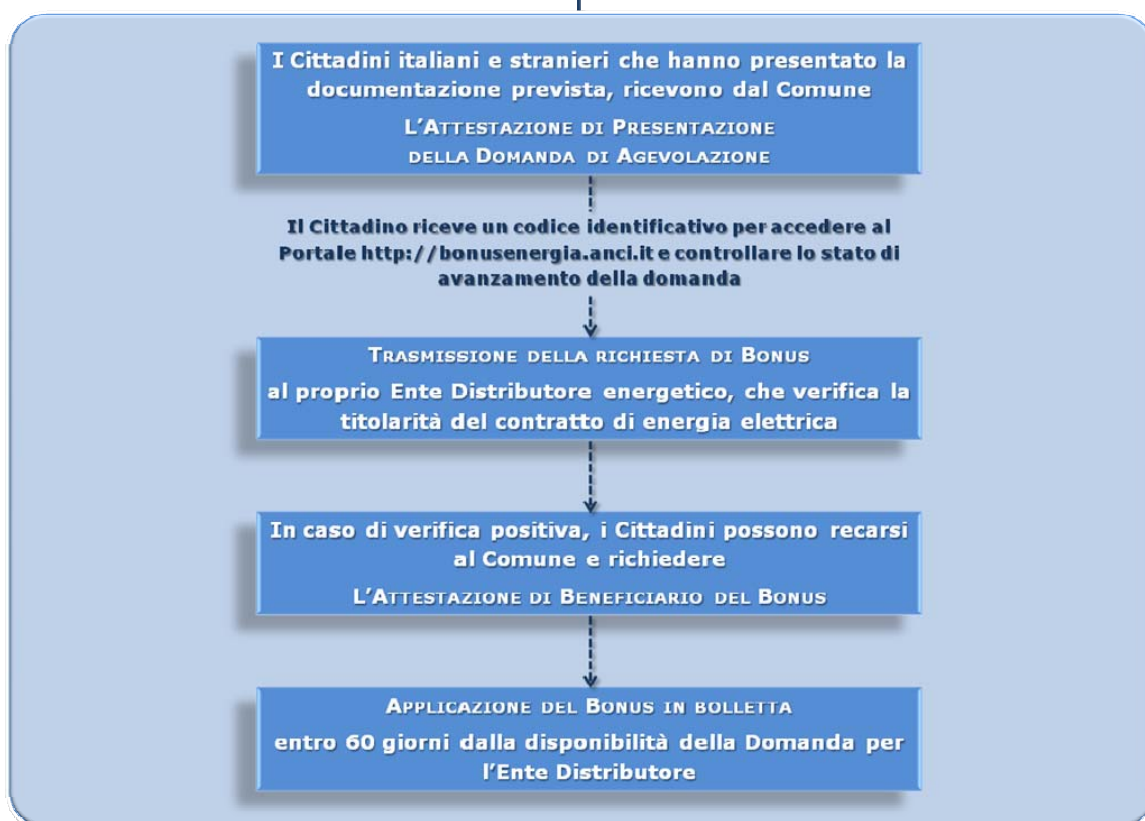


Presentazione della Domanda di "Bonus energia elettrica"

In base al Decreto Interministeriale 28/12/2007



PROCEDURA DI RICONOSCIMENTO DEL BONUS ELETTRICO



Il/La sottoscritto/a, inoltre

dichiara:

- che le informazioni riportate nella presente istanza, comprensive degli allegati, corrispondono al vero e sono accertabili ai sensi dell'art. 43 del citato DPR n. 445/00, ovvero documentabili su richiesta delle amministrazioni competenti;
- di essere informato, ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (ss.mm.ii), che i dati personali, acquisiti con la presente istanza:
 - a) sono forniti per determinare la sussistenza in capo all'istante, delle condizioni di ammissibilità al regime di compensazione per la fornitura di energia elettrica (decreto interministeriale 28 dicembre 2007 e decreto-legge n. 185/08);
 - b) potranno essere trattati, unitamente ai dati relativi ai consumi di energia elettrica, anche mediante strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento conseguente alla presente istanza e ai suoi eventuali rinnovi e/o proroghe;
 - c) potranno essere comunicati, per le operazioni connesse al procedimento e alle relative comunicazioni, agli enti di distribuzione di energia elettrica, ad Ancitel S.p.A., a Poste Italiane S.p.A., i quali – ove non siano nominati quali responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 29 del D.Lgs. n. 196/03 – resteranno titolari di trattamento autonomo e correlato;
 - d) potranno essere altresì trasmessi alla Guardia di Finanza, all'Agenzia delle Entrate e alla Cassa Conguaglio per il settore elettrico, unitamente ai dati di consumo di energia elettrica rilevati a seguito dell'ammissione al regime di compensazione, per i controlli previsti dalla vigente normativa, ivi incluse le attività di controllo (e di recupero) di cui all'art. 10 dell'Allegato A alla deliberazione dell'Autorità per l'energia elettrica e il gas 6 agosto 2008, n. 117/08 (ss.mm.ii);
 - e) non potranno essere trattati per l'invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale;
- di essere, altresì, informato che:
 - a) l'elenco aggiornato dei responsabili del trattamento dei dati personali acquisiti con la presente istanza è consultabile all'indirizzo del sito internet del Sistema di Gestione sulle tariffe energetiche (SGAte) www.sgate.anci.it;
 - b) i titolari del trattamento dei dati sono l'ente presso il quale viene presentata l'istanza e l'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (ANCI) con sede in Roma, via dei Prefetti, 46;
 - c) ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/03, ha il diritto di ottenere, previa istanza al titolare del trattamento, l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi abbia interesse, l'integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; l'attestazione che le operazioni appena descritte sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela inammissibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
 - d) la sottoscrizione e presentazione della presente istanza equivale ad autorizzazione al trattamento dei dati personali forniti e che il rifiuto al trattamento dei dati non consentirà di accedere al regime di compensazione.
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al proprio Comune di residenza le variazioni delle condizioni di ammissibilità di cui all'articolo 9 dell'Allegato A alla deliberazione ARG/elt 117/08 intervenute durante il periodo di validità della compensazione.

(Luogo, data)

(Firma del richiedente)

PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA MEDIANTE INCARICATO

La presente istanza è presentata dal sig. _____
(Cognome) _____ (Nome)

(documento di identità n. _____, rilasciato in data ____ / ____ / _____

da _____) in qualità di delegato del richiedente.

Allo scopo si allega copia fotostatica dei seguenti documenti:

Atto di delega a presentare la dichiarazione

Documento di riconoscimento del delegato

(Luogo, data)

(Firma del delegato)

LA PRESENTE ISTANZA COSTITUISCE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
AI SENSI DEGLI ARTICOLI 38 E 47 DEL DPR n. 445/2000 E S.M.I.

**ISTANZA PER L'AMMISSIONE AL
REGIME DI COMPENSAZIONE PER LA FORNITURA DI ENERGIA ELETTRICA**
(decreto interministeriale 28 dicembre 2007)

DISAGIO FISICO

Il/La sottoscritto/a¹ _____, nato/a
_____,
(Cognome) (Nome)

(prov. ___), il _____, codice fiscale _____, residente in Comune
_____ via/piazza _____, n. civico _____,

consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, ovvero di formazione od utilizzo di atti falsi,

CHIEDE

di essere ammesso/a al regime di compensazione della spesa per la fornitura di energia elettrica in presenza di apparecchiature medico terapeutiche indispensabili per il mantenimento in vita del paziente².

Informazioni relative alla fornitura di energia elettrica:

Fornitura per uso domestico.³ SI NO
Fornitura effettuata nel Comune _____ (prov. ___)
via/piazza _____, n° civico _____
Codice POD⁴ _____
Potenza impegnata⁵ _____ (kW)

La presente richiesta si configura come:

Nuova istanza Variazione della localizzazione dell'apparecchiatura medico terapeutica
 Variazione delle apparecchiature medico terapeutiche o della intensità di utilizzo

Al riguardo si allegano i seguenti documenti:

Copia fotostatica della certificazione ASL o dichiarazione sostitutiva della certificazione ASL⁶

¹ Il richiedente deve essere l'intestatario del contratto di fornitura dell'energia elettrica e può essere diverso dal soggetto utilizzatore delle apparecchiature medico terapeutiche indispensabili per il mantenimento in vita.

² La localizzazione delle apparecchiature medico terapeutiche deve coincidere con il punto di fornitura.

³ La compensazione della spesa è riconosciuta solo per forniture uso domestico.

⁴ Il codice POD è il codice alfanumerico che inizia con le lettere "IT" riportato in ogni bolletta e nel contratto di fornitura

⁵ La potenza impegnata è riportata in ogni bolletta e nel contratto di fornitura.

⁶ La dichiarazione sostitutiva può essere presentata dai richiedenti che abbiano ricevuto comunicazione di essere inseriti tra gli utenti non disalimentabili ai fini del P.E.S.S.E. (Piano di Emergenza per la Sicurezza del Sistema Elettrico). In tutti gli altri casi è necessaria una certificazione dell'ASL conforme ai criteri di cui alla deliberazione ARG/elt 117/08.

.....
 Copia fotostatica del documento di identità

Certificato agevolazione in vigore ⁷

Recapiti per eventuali comunicazioni (campi facoltativi)

Tel _____, Cell _____, fax _____

e-mail _____

Il/La sottoscritto/a, inoltre
dichiara:

- che le informazioni riportate nella presente istanza, comprensive degli allegati, corrispondono al vero e sono accertabili ai sensi dell'art. 43 del citato DPR n. 445/00, ovvero documentabili su richiesta delle amministrazioni competenti;
- di essere informato, ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali, acquisiti con la presente istanza:
 - a) sono forniti per determinare le condizioni di ammissibilità del richiedente l'applicazione del regime di compensazione;
 - b) potranno essere trattati, unitamente ai dati relativi ai consumi elettrici, anche mediante strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla presente istanza.;
 - c) saranno comunicati alle imprese di distribuzione ai fini dell'erogazione della compensazione e potranno essere altresì trasmessi alla Guardia di finanza e all'Agenzia delle Entrate, unitamente ai dati di consumo elettrici rilevati a seguito dell'ammissione al regime di compensazione, per i controlli previsti dalla vigente normativa, ivi incluse le attività di controllo di cui all'art. 10 dell'Allegato A alla deliberazione dell'Autorità 6 agosto 2008, n. 117/08 s.m.i;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al proprio Comune di residenza le variazioni delle condizioni di ammissibilità dell'Allegato A alla deliberazione ARG/elt 117/08 intervenute durante il periodo di validità della compensazione.

Il rifiuto al trattamento dei dati contenuti nella presente istanza non consentirà di accedere al regime di compensazione.

Il dichiarante può rivolgersi in qualunque momento agli enti ai quali ha presentato l'istanza per verificare, aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiedere il blocco ed opporsi al trattamento dei dati che lo riguardano, se trattati in violazione di legge (articoli 7, 9, 10 e 138 del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196). L'ente al quale viene presentata l'istanza e gli enti erogatori a cui sono trasmesse le informazioni sono titolari del trattamento dei dati, ciascuno per le rispettive competenze.

(Luogo, data)

(Firma del richiedente)

PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA MEDIANTE INCARICATO

La presente istanza è presentata dal sig. _____
(Cognome) (Nome)

documento di identità n. _____, rilasciato in data ____ / ____ / _____

da _____ in qualità di delegato del richiedente.

Allo scopo si allega copia fotostatica dei seguenti documenti:

⁷ E' il certificato rilasciato dal Comune all'atto della presentazione dell'istanza di agevolazione in vigore. La sua presentazione è necessaria per le istanze di variazione della localizzazione dell'apparecchiatura medico terapeutica.

Atto di delega a presentare la dichiarazione

Documento di riconoscimento del delegato

(Luogo, data)

(Firma del delegato)

La presente istanza costituisce
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
AI SENSI DEGLI ARTICOLI 38 E 47 DEL DPR n. 445/2000 E S.M.I.

MODULO C

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(articolo 38 e 47 del DPR n.445/2000 e s.m.i)

Dichiarazione resa ai sensi dell'articolo 16, comma 16.2 lettera a) dell'Allegato A alla deliberazione Arg/elet 117/08

Il/la sottoscritto/a _____,

(Cognome) (Nome)

nato/a a _____, (prov), _____ il _____

codice fiscale _____

dichiara

che il/la Signor/a _____

(Cognome) (Nome)

codice fiscale _____

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 giorno	Tra 8 ore e 16 ore giorno	Oltre 16 ore giorno
FUNZIONE CARDIO RESPIRATORIA			
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			
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"/>
FUNZIONE RENALE			
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"/>
FUNZIONE ALIMENTARE			
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*			

*funzionamento a batteria non ricaricabile

AUSILI

- | | |
|-------------------------------------------|--------------------------|
| 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 dichiara altresì 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 ____/____/_____

Al riguardo si allega copia fotostatica della comunicazione ricevuta dal distributore di energia elettrica attestante che il punto di fornitura corrispondente al POD _____ è compreso tra gli elenchi delle forniture non disalimentabili ai fini del P.E.S.S.E (piano di Emergenza per la sicurezza del sistema elettrico)

(Luogo, data) (Firma e Timbro)

[Fac-simile]

MODULO D

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	<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"/>
FUNZIONE RENALE			
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"/>
FUNZIONE ALIMENTARE			
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 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)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
Per il riconoscimento della condizione di FAMIGLIA NUMEROSA
 comma 2.3, lettera b), della delibera dell'Autorità per l'energia elettrica e il gas ARG/elt 117/08 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a _____, _____,
 (Cognome) (Nome)

nato/a _____ (prov. _____), il _____,

codice fiscale _____,

consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, ovvero di formazione od utilizzo di atti falsi,

dichiara che:

1)	_____	_____	_____
	(Cognome)	(Nome)	(Codice fiscale)
	è figlio a carico ai fini IRPEF* di		
	_____	_____	_____
	(Cognome)	(Nome)	(Codice fiscale)
2)	_____	_____	_____
	(Cognome)	(Nome)	(Codice fiscale)
	è figlio a carico ai fini IRPEF* di		
	_____	_____	_____
	(Cognome)	(Nome)	(Codice fiscale)
3)	_____	_____	_____
	(Cognome)	(Nome)	(Codice fiscale)
	è figlio a carico ai fini IRPEF* di		
	_____	_____	_____
	(Cognome)	(Nome)	(Codice fiscale)
4)	_____	_____	_____
	(Cognome)	(Nome)	(Codice fiscale)
	è figlio a carico ai fini IRPEF* di		
	_____	_____	_____
	(Cognome)	(Nome)	(Codice fiscale)

e che tutti i soggetti summenzionati sono compresi nel nucleo familiare rilevante ai fini dell'attestazione ISEE n. _____ allegata all'istanza di ammissione al regime di compensazione della spesa di cui al decreto ministeriale 28 dicembre 2007.

 (Luogo, data)

 (Firma)

* Sono considerati a carico i figli che, ai sensi dell'articolo 12, comma 2, del T.U.I.R., possiedono un reddito complessivo non superiore a 2.840,51 euro.