

**ACQUISTO CON ALIQUOTA IVA AGEVOLATA DI DISPOSITIVI E AUSILI MEDICI IN CARTA LIBERA -
AUTOCERTIFICAZIONE SOTTOSCRITTA DAL DISABILE O DA SUO TUTORE LEGALE**

Il/la sottoscritto/a _____

Genitore/tutore di:

Nato/a il _____ a _____ (prov. _____)

codice fiscale _____

residente a _____ in

via _____, ai fini dell'acquisto agevolato di dispositivi e
ausili medici**DICHIARA**sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. n. 445/2000 (Testo unico
sull'autocertificazione): **(barrare l'ipotesi che ricorre e cancellate l'altra)**1) che _____ è stato/a _____ riconosciuto/a _____ disabile ai sensi
dell'articolo 3 della legge n. 104/92, con una invalidità funzionale permanente di tipo: motorio _____ visivo _____ uditivo _____ del linguaggio _____2) che gli/le è stata rilasciata specifica prescrizione autorizzativa da parte del medico specialista della
azienda sanitaria locale di appartenenza attestante il collegamento funzionale tra la menomazione di cui
sopra e l'acquisto di: _____
_____Il sottoscritto è a conoscenza delle conseguenze penali che derivano, ai sensi dell'articolo 76 del T.
U. sull'autocertificazione, qualora la presente dichiarazione risulterà mendace a seguito dei controlli che il
competente ufficio si riserva di eseguire in forza dell'articolo 43 dello stesso T.U.

Data _____

Firma del/la disabile (o del tutore/genitore) _____

Allegati:
Copia di un documento di identità
Copia del codice fiscale