

## MODULO ALIQUOTA IVA AGEVOLATA AL 4%

### Acquisto di attrezzature sanitarie o di ausili tecnici ed informatici

#### Autocertificazione (1)

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_, nat \_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_)  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

ai fini dell'acquisto/affitto con aliquota iva agevolata di attrezzature sanitarie o sussidi tecnici ed informatici

dichiara sotto la propria responsabilità,  
ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. n. 445 del 2000 (Testo unico sull'autocertificazione):

1) che è stat\_\_ riconosciut\_\_ disabile, con una invalidità funzionale permanente di tipo motorio, ai sensi dell'art. 3 della Legge n° 104/92 oppure che è stat\_\_ riconosciut\_\_ invalido da altre commissioni mediche pubbliche per invalidità civile, di lavoro o di guerra.

2) che gli/le è stata rilasciata specifica prescrizione autorizzativa da parte del medico specialista dell'Asl di appartenenza attestante il collegamento funzionale tra la menomazione di cui sopra e l'acquisto di:

#### **POLTRONA RELAX/ALZAPERSONA**

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 \_\_\_\_\_

#### **PARENTE**

La dichiarazione nell'interesse di chi si trova in una situazione d'impedimento temporaneo, per ragioni di salute, può essere resa **dal coniuge, dai figli, da altro parente fino al 3 grado**. (art. 4 D.P.R. 445/2000).

IO SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ IN QUALITÀ DI \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DI IDENTITÀ N. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### **TUTORE LEGALE**

Se l'interessato/a è soggetto/a alla potestà dei genitori, a tutela, ad amministrazione di sostegno, le dichiarazioni e i documenti previsti sono sottoscritti rispettivamente dal **genitore esercente la potestà** o dal **tutore**.

IO SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ IN QUALITÀ DI \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DI IDENTITÀ N. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### **ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' UTENTE (obbligatoria)**

**\*\*\* in caso di firma da parte di un parente o del tutore legale, allegare copia documento di identità anche di quest'ultimo**

(1) L'autocertificazione può essere utilizzata in presenza di certificazioni mediche già rilasciate e al fine di facilitare la documentazione del diritto all'agevolazione, quando non ci si vuol privare dell'originale o quando quest'ultimo è già stato consegnato ad un ufficio o ad un precedente rivenditore di beni agevolati.