

Acquisto con IVA AGEVOLATA 4% - AUTOCERTIFICAZIONE

Il (la) sottoscritt \_\_\_\_\_

genitore o comunque tutore di :

\_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_, ai fini dell'acquisto agevolato di

**PRESIDI MEDICI MONOUSO**

**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 stat \_\_\_ riconosciut \_\_\_ 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) \_\_\_\_\_