

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ (prov. _____) il
 _____ codice fiscale _____ residente in
 _____ (prov. _____) alla Via _____ ai fini
 dell'acquisto agevolato di sussidi tecnici consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di
 dichiarazione mendace, ai sensi e per effetti degli artt.47 e 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

1. di essere stato/a riconosciuto/a disabile ai sensi dell'art. 3 della Legge 104/92 e di richiedere l'applicazione dell'aliquota IVA al 4% ai sensi dell'articolo 2, comma 9, del Decreto-Legge 31 dicembre 1996, n. 669 (convertito dalla Legge 28 febbraio 1997, n. 30) per una invalidità funzionale permanente di tipo motorio;
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:

 poltrona alzapersona **poltrona massaggiante** **pedana vibrante**

_____, li _____

Estremi del documento che si allega:

Pat. / C.I. n° _____

Rilasciata da _____

Data _____

DICHIARANTE IMPOSSIBILITATO A FIRMARE**(motivo dell'impedimento: _____)****I° TESTIMONE (specificare rapporto di parentela o affinità: _____)**

Cognome: _____ Nome _____ nato/a a _____ (_____)

il _____ Codice Fiscale: _____ Residente in _____

Via _____

Firma
_____Estremi del documento che si allega:

Pat. / C.I. n° _____

Rilasciata da _____

Data _____

II° TESTIMONE (specificare rapporto di parentela o affinità: _____)

Cognome: _____ Nome _____ nato/a a _____ (_____)

il _____ Codice Fiscale: _____ Residente in _____

Via _____

Firma
_____Estremi del documento che si allega:

Pat. / C.I. n° _____

Rilasciata da _____

Data _____