



Ortopedia Crispi

Spett.le: Ortopedia Crispi
Arezzo

**ACQUISTO CON ALIQUOTA IVA AGEVOLATA
autocertificazione** sottoscritta dal disabile

Il Sottoscritto/a _____ Codice fisc. _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente via/piazza _____ Città _____ Prov. _____

ai fini dell'acquisto del prodotto _____

**DICHIARA sotto la propria responsabilita', ai sensi dell'articolo 47 del Dpr n. 445 del 2000
(Testo unico sull'autocertificazione):**

1) che e' stat___ riconosciut___ disabile ai sensi dell'articolo 3 della Legge n. 104 del 1992,
con una invalidita' funzionale permanente di tipo: (barrare le ipotesi)

motorio visivo uditivo del linguaggio

2) che gli/le e' stata rilasciata specifica prescrizione autorizzata da parte del medico
specialista della ASL di appartenenza, attestante il collegamento funzionale tra la
menomazione di cui sopra e l'acquisto di :

Il sottoscritto/a e' a conoscenza delle conseguenze penali che derivano, ai sensi dell'articolo
76 del T.U. sull'autocertificazione, qualora la presente dichiarazione risultera' mendace
seguito dei controlli che il competente ufficio si riserva di eseguire in forza dell'articolo 43
dello stesso T.U.

Luogo _____ data _____

Firma _____