

## DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ PER APPLICAZIONE DELL'IVA AGEVOLATA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F./P.IVA \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CHIEDE

pertanto l'applicazione dell'IVA ad aliquota ridotta sui corrispettivi delle forniture e allega la documentazione idonea all'ottenimento dell'agevolazione.

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.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_