

AUTOCERTIFICAZIONE

Per l'acquisto di dispositivi medicali (ausili per incontinenza) con aliquota IVA agevolata 4%

IL SOTTOSCRITTO/A

Nome	
Cognome	
Luogo nascita	
Residente in via + n.civico	
Località	
Provincia	
Codice Fiscale	

ai fini di ordini di acquisto ausili monouso per incontinenza,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 (T.U. sull'autocertificazione) di essere affetto da menomazione funzionale permanente certificata dal Distretto Sanitario e ratificata dagli organi competenti, munito di specifica autorizzazione rilasciata dal medico specialista ai sensi dell' art. 3 della Legge n. 104/92.

Il sottoscritto è altresì a conoscenza delle conseguenze penali che derivano, ai sensi dell'art. 76 del T.U. sull'autocertificazione, qualora la presente dichiarazione risulti mendace a seguito dei controlli degli uffici fiscali competenti.

Preso visione dell'informativa sulla Privacy consente a Allegro Leprotto s.r.l. l'utilizzo e la conservazione dei propri dati ai fini fiscali e logistici.

Data _____

Firma _____