

## AUTOCERTIFICAZIONE

Il(la) sottoscritt \_\_\_\_\_, nat\_ il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_  
ai fini dell'acquisto agevolato di sussidi tecnici,

### DICHIARA

**sotto la propria responsabilità**, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n.445/2000

- 1) che e stat\_ riconosciut\_ disabile ai sensi dell'articolo 3 della legge n.104/92, con una invalidità funzionale permanente di tipo \_\_\_\_\_;
- 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 un/una:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

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'art.43 dello stesso T.U.

Data \_\_\_\_\_

Firma del/la disabile

\_\_\_\_\_

L'autocertificazione può essere utilizzata in presenza di certificazioni mediche già rilasciate e al fine di facilitare la documentazione del diritto all'agevolazione, quando non ci si vuol privare dell'originale o quando quest'ultimo è già stato consegnato a un ufficio o a un precedente rivenditore di beni agevolati.