

AUTOCERTIFICAZIONE PORTATORE DI HANDICAP

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 è stat_ riconosciut_ disabile ai sensi dell'articolo 3 della legge n.104/92, con 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 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 _____

Si allega:

- Certificato di invalidità rilasciato dalla ASL
- Fotocopia di un documento di identità valido
- Fotocopia del codice fiscale