



TEL. 045 8230304
info@salutecenter.com



371 4494832

I PORTATORI DI HANDICAP CON LEGGE 104 O INVALIDI AL 100% HANNO DIRITTO
ALL'IVA AGEVOLATA AL 4%.

NOTA: con l'IVA agevolata utilizzare solo pagamenti tracciabili come bonifico bancario, carta di credito online, pagamento in contanti presso le tabaccherie o uffici postali sulla nostra carta PostePay.

IBAN: IT15 D053 8711 7050 0004 7410 590 Banca BPER Verona (VR)
Carta Postepay n°: 5548-1100-0116-9353 intestata a Sarti Valerio SRTVLR60T31H048S

Inviare i seguenti documenti via mail a **info@salutecenter.com**, oppure delle fotografie ben visibili al nostro numero WhatsApp **3714494832**.

- Certificato di invalidità (Decreto-legge 104) rilasciato dalla commissione della propria ULS
- Fotocopia del documento di identità in corso di validità
- Fotocopia del codice fiscale
- Autocertificazione compilata e firmata che trovate nel secondo foglio qui sotto

Nel caso in cui, dal certificato di invalidità, non risultasse il collegamento funzionale tra la menomazione permanente e il sussidio tecnico, è necessario esibire anche una copia della certificazione rilasciata dal medico curante contenente l'attestazione richiesta per l'accesso al beneficio fiscale (esempio: "il paziente Mario Rossi, invalido con legge 104, necessita di una poltrona elevabile oppure rete motorizzata oppure letto da degenza etc."). In questo caso va compilato anche il secondo punto del documento autocertificazione barrando altro e inserendo il prodotto che volete acquistare.

SALUTE CENTER di Sarti Valerio
Stradone San Fermo 15 - 37121 – Verona
CF: SRTVLR60T31H048S
P. IVA: 02567880238
TEL: 0458230304
CELL: 371 4494832 / 3714514988
www.salutecenter.com
info@salutecenter.com

ACQUISTO CON ALIUQUOTA IVA AGEVOLATA
DI SUSSIDI TECNICI E INFORMATICI

Autocertificazione sottoscritta dal disabile (1)

Il(la) sottoscritto/a
nato/a il .../.../..... a prov (.....)
codice fiscale.....
residente pressoin provincia di
in via/piazza.....
domiciliato presso (solo se domicilio diverso da residenza)
.....
e-mail:
tel: cell:

ATTENZIONE: fornire un paio di numeri di telefono, necessari per comunicare con Voi

ai. fini dell'acquisto agevolato di sussidi tecnici ed informatici.

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 cancellando le altre)

1) che è stat ... riconosciut ... disabile ai sensi dell'articolo 3 della Legge n. 104 del 1992~ con una invalidità funzionale permanente di tipo:

- motorio
- visivo
- uditivo
- del linguaggio
- altro

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

- Poltrona Relax
- Rete elettrica Ortopedica
- Materasso Ortopedico
- Scooter Elettrico
- Letto da Degenza Ortopedico
- altro:

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.

Inoltre, il sottoscritto dichiara di essere in possesso di tutti i documenti richiesti **in originale**.

Luogo e Data

Firma de1/1a disabile

(1) 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.