

**As FO****Azienda sanitaria Friuli Occidentale**via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy  
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it**ACQUISTO CON ALIQUOTA IVA AGEVOLATA  
DI SUSSIDI TECNICI E INFORMATICI**

Autocertificazione sottoscritta dal disabile (1)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Cod. Fisc. \_\_\_\_\_, 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\_\_ portatore di handicap ai sensi dell'art. 3 della L.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 un:

computer                       modem                       fax                       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.

Firma del/la disabile

\_\_\_\_\_

Luogo e data,.....

(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.

N.B. allegare fotocopia del documento d'identità, in corso di validità del richiedente.

**As FO****Azienda sanitaria Friuli Occidentale**via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy  
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ dipendente dell' Azienda \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in qualità di medico specialista in \_\_\_\_\_

**CERTIFICA**

Che il Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ riconosciuto/a portatore di handicap ai sensi dell'art. 3 della Legge 104/92, con una  
invalidità funzionale permanente di tipo:

motorio       visivo       uditivo       del linguaggio

**ha necessità dell'acquisto di un**

computer       modem       fax       altro \_\_\_\_\_

Si certifica inoltre che l'acquisto del su citato ausilio informatico è indispensabile per conseguire una  
delle seguenti finalità:

**facilitare**

- la comunicazione interpersonale
- l'elaborazione scritta o grafica
- il controllo dell'ambiente
- l'accesso all'informazione ed alla cultura

**assistere alla riabilitazione**

e, che, esiste un collegamento funzionale tra la menomazione ed il sussidio tecnico e/o informatico da acquistare.

Pordenone, \_\_\_\_\_

**IL MEDICO CERTIFICATORE**