

TEL: **045 8230304**
mail: info@salutecenter.com



3714511185

3714494832

PER CHI E' PORTATORE DI HANDICAP E' POSSIBILE USUFRUIRE DELL'IVA AGEVOLATA AL 4% SULL'ACQUISTO DI ALCUNI DEI NOSTRI PRODOTTI.

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: IT35 J061 7559 5410 0000 0782 720 Banca Carige agenzia di Legnago (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 ai nostri numeri WhatsApp **3714511185** oppure **3714494832** prima di procedere all'acquisto del prodotto indicando come oggetto "nome e cognome documenti per IVA agevolata 4%":

- 1.** Certificato di invalidità (Decreto legge 104) rilasciato dalla commissione della propria ULS;
- 2.** Fotocopia del documento di identità in corso di validità;
- 3.** Fotocopia del codice fiscale;
- 4.** Certificato firmato e timbrato dal proprio medico curante che prescriva l'acquisto del bene in questione (esempio: "il paziente Mario Rossi, invalido con legge 104, necessita di una poltrona elevabile oppure rete motorizzata oppure letto da degenza oppure etc.");
- 5.** Autocertificazione compilata e firmata che trovate nel secondo foglio qui sotto.

SALUTE CENTER di Sarti Valerio
Stradone San Fermo 15 - 37121 – Verona
CF: SRTVLR60T31H048S
P. IVA: 02567880238
TEL: 0458230304
CELL: 371 4511185 / 371 4494832
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)
.....
email:
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 (resto 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:

- computer
- modem
- fax
- altro: (indicare se letto, poltrona, rete motorizzata o altri prodotti)

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.