

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**  
**per l'applicazione dell'IVA ad aliquota ridotta per la legge 104**

Il/La sottoscritto/a.....nato a.....  
Il ....., residente a .....via/piazza.....  
C.F./P.IVA .....; consapevole delle pene che la legge commina per le dichiarazioni false o reticenti previste dall'art. 26 Legge 15/68 e dall'art. 6 D.P.R. 403/98 nonché dall'art. 476 e seguenti del Codice Civile ed altresì consapevole che la non veritiera dichiarazione produce la decadenza dei benefici richiesti e conseguiti a norma dell'art. 11 D.P.R. 403/98; sotto la sua responsabilità

Il sottoscritto dichiara di essere in possesso di specifica prescrizione rilasciata dal medico specialista dell'Asl di appartenenza, dalla quale risulti il collegamento funzionale tra la menomazione e il dispositivo in acquisto, oltre al certificato rilasciato dalla competente Asl attestante l'esistenza di una invalidità funzionale rientrante tra le quattro forme ammesse (cioè di tipo motorio, visivo, uditivo o del linguaggio) e il carattere permanente della stessa.

Il sottoscritto s'impegna ed obbliga a comunicare tempestivamente ogni eventuale fatto o circostanza che faccia venire meno il diritto alla sopra citata agevolazione, al fine di consentirvi l'emissione della fattura integrativa per la differenza di aliquota, secondo quanto previsto dall'articolo 26, 1° comma, D.P.R. 633/72 e successive modificazioni.

Il sottoscritto, inoltre, si impegna ed obbliga a risarcirvi di qualunque onere che dovesse derivarvi a seguito di verifica dell'Amministrazione Finanziaria che riscontrasse la insussistenza del diritto a godere del beneficio in parola, sollevandovi nel contempo da qualsiasi responsabilità.

Luogo e data

Firma