

## AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, telefono  
\_\_\_\_\_, padre/madre del/della minore \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_,  
consapevole delle responsabilità di fronte alla legge, per dichiarazioni inesatte o mendaci

### DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a è stato/a riconosciuto/a non vedente ai sensi della normativa vigente e,  
pertanto, chiede che ai sussidi speciali acquistati per il miglioramento della sua autonomia fisica,  
culturale e sociale, sia applicata l'aliquota IVA del 4%.

Si allega copia carta di identità del legale rappresentante.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

In fede