PRODOTTI MEDICALI DAL 1996
La Sicurezza dagli Specialisti della Salute

*nuovo modulo rev. 09/2022*

**ACQUISTO CON ALIQUOTA IVA AGEVOLATA**
**DI SUSSIDI MEDICALI IN CARTA LIBERA**
**Modulo di Autocertificazione sottoscritta dal disabile o Tutore**

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il ___/___/____, a _____ (prov.___)

Codice Fiscale: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ residente a *(scrivere indirizzo completo di n. civico, città, provincia, tel.)* _____
_____,
ai fini dell'acquisto agevolato di sussidi medicali

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi del Decreto Semplificazioni 2022, dell'art.47 del D.P.R. n.445/2000 (Testo Unico sull'autocertificazione) che è stato/a riconosciuto/a disabile ai sensi dell'art.3 della Legge n.104/92, con invalidità funzionale permanente per patologie di tipo (contrassegnare una o più caselle ☐ contrassegnando con una **X**):

☐ **MOTORIO** ☐ **VISIVO** ☐ **UDITIVO** ☐ **DEL LINGUAGGIO** ☐ **ALTRO**_____

e che gli/le è stato/a rilasciato/a il certificato attestante l'invalidità funzionale permanente ed eventuale ulteriore certificazione attestante il collegamento funzionale tra la tipologia della/e menomazione sopra scritta e l'acquisto di uno o più prodotti elencati nella seguente lista (compilare la tabella inserendo i prodotti):

| **Codice Prodotto CFS** | **Titolo Prodotto (come riportato sul sito www.cfs.it)** |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

**MODALITA' DI PAGAMENTO DESIDERATA** (contrassegnare la casella ☐ con una "**X**"):

☐ BONIFICO ANTICIPATO ☐ CARTA DI CREDITO ☐ PAYPAL ☐ CONTRASSEGNO IN CONTANTI

**ATTENZIONE - Inviare unicamente ① copia di questo Modulo compilato interamente + ② copia del Documento Identità + ③ copia della Tessera Sanitaria (leggibili e in corso di validità). Non occorre nessun altro tipo di documentazione. Inviare tutto via email a: INFO@CFS.IT e attendere istruzioni.**

*Il sottoscritto è a conoscenza delle conseguenze penali che derivano, ai sensi dell'art.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.; 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.*

LUOGO,_____ DATA,____/____/_____ FIRMA,_____

**INFORMATIVA ACQUISTO ALIQUOTA AGEVOLATA CFS**

*La informiamo che a seguito dell'invio della richiesta di pagamento con IVA agevolata CFS Prodotti Medicali S.r.l., in persona del suo legale rappresentante p.t., con sede in Via Gian Battista Guarini n. 58, 57121 Livorno (LI), in qualità di Titolare del trattamento, acquisisce i Suoi dati personali, identificativi e di contatto, nonché copia del Suo documento di identità e della Sua tessera sanitaria e, infine, i dati relativi al Suo stato di salute (dati c.d. "particolari" ex art. 9 Reg. Ue n. 679/2016). Per tale motivo Le comunichiamo che il Titolare esegue il trattamento nel rispetto della normativa privacy nazionale ed europea in vigore, unicamente al fine di permetterLe di beneficiare dell'acquisto dei nostri prodotti con aliquota agevolata. Base giuridica per il trattamento dei Suoi dati personali comuni è l'esecuzione del contratto di vendita, ovvero delle relative misure precontrattuali; in merito ai Suoi dati "particolari" Le chiediamo, invece, di prestare il Suo espresso consenso al trattamento, in quanto solo questo ultimo, volontariamente conferito, rappresenta il presupposto di legittimità per garantirLe la predetta agevolazione fiscale. Le informazioni rilasciate sono trattate presso i locali del Titolare, mediante l'impiego di strumenti cartacei e telematici, da personale interno appositamente autorizzato/incaricato. I dati, inoltre, non vengono diffusi, ma possono essere comunicati ad Autorità Pubbliche (nell'ambito, ad esempio, di controlli fiscali), ovvero a professionisti o collaboratori che svolgono servizi per conto del Titolare e che agiscono in qualità di Titolari, Contitolari o Responsabili (a tal fine appositamente nominati). L'elenco aggiornato dei Responsabili è consultabile presso la sede del Titolare. Il conferimento dei Suoi dati è necessario per riconoscerLe l'agevolazione fiscale richiesta. I dati sono conservati per il tempo necessario all'adempimento degli obblighi contabili e fiscali cui è sottoposto il Titolare (10 anni ex art. 2220 c.c.). Infine, Le comunichiamo che i suoi dati non sono trasferiti all'estero verso paesi extra Ue che non assicurino livelli di tutela delle persone adeguati (e nel caso in cui ciò fosse necessario Le assicuriamo che il trasferimento avverrà nei limiti correlati al perseguimento delle finalità sopra indicate e nel rispetto degli artt. 44 e ss Reg. Ue cit.) e che Lei può, in ogni momento, esercitare i Suoi diritti di revoca del consenso, accesso, cancellazione, rettifica, limitazione e portabilità dei dati, nonché opposizione e reclamo rispetto al trattamento (ex artt. 15 e ss Reg. Ue cit.), contattando il Titolare all'indirizzo di posta elettronica privacy@cfs.it o via web www.cfs.it o telefonicamente al numero +390586444369.*

**CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PARTICOLARI**
**Dichiaro di aver preso visione dell'informativa e presto il consenso al trattamento dei dati relativi al mio stato di salute per poter usufruire dell'agevolazione fiscale.**

FIRMA, _____