

ACQUISTO CON ALIQUOTA IVA AGEVOLATA
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 con aliquota IVA agevolata al 4%

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 (Testo Unico sull'autocertificazione) e del Decreto Semplificazioni 2022, di essere stato/a riconosciuto/a persona con disabilità ai sensi dell'art. 3 della Legge 104/92, con invalidità funzionale permanente per una o più delle seguenti tipologie (barrare le caselle interessate):

☐ MOTORIO ☐ VISIVO ☐ Uditivo ☐ DEL LINGUAGGIO ☐ ALTRO _____

e che è in possesso del certificato che attesta la suddetta invalidità funzionale permanente, nonché della documentazione che certifica il collegamento funzionale tra il tipo di menomazione dichiarata e l'acquisto dei prodotti indicati di seguito (completare la tabella):

Codice Prodotto OASIMEDICA	Nome completo del Prodotto (come riportato sul sito OasiMedica Shop)

ATTENZIONE – Per completare correttamente la procedura è necessario inviare: **Copia compilata e firmata di questo modulo + Copia del Documento di identità + Copia della tessera sanitaria (leggibili ed in corso di validità). Non occorre nessun altro tipo di documentazione.** Inviare tutta la documentazione via e-mail a info@oasimedicashop.it e attendere successiva comunicazione.

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 OASIMEDICA SHOP

La informiamo che a seguito dell'invio della richiesta di pagamento con IVA agevolata, TECMED S.R.L. - P.IVA / C.F. 10554371210, in persona del suo legale rappresentante p.t., con sede in Milano - Mauro Macchi 8, 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 riconoscereLe 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 e-mail: info@oasimedicashop.it via web www.oasimedicashop.it o telefonicamente al numero +39 02 8089 8176

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, _____