

MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE

GALMED SRLS

Via G. Pierluigi da Palestrina, 33

20124 Milano (MI)

P.I. 09451290960

Oggetto: richiesta applicazione iva agevolata

Il sottoscritto Sig./Sig.ra.....

Residente in via.....N.....

Città.....CAP.....

Codice Fiscale.....

DICHIARA

di essere affetto/a da patologia cronica e/o sindrome respiratoria diagnosticata da: (indicare l'ente ospedaliero, l'ASL o il medico che ha attestato la patologia)

.....
.....

in data/...../.....

e a tale titolo, sotto la sua piena responsabilità civile e penale, richiede l'applicazione dell'aliquota iva al 4% anziché al 22%.

Si allegano i relativi documenti: Carta d'Identità e Codice Fiscale.

Data...../...../.....

Firma