

**CERTIFICATO MEDICO PER DETRAZIONE FISCALE  
RELATIVA ALL'ACQUISTO DI SUSSIDI PER DISABILE**

Spett.le

Oggetto: certificazione per detrazione fiscale delle spese sostenute per l'acquisto dei  
sussidi tecnici ed informatici.

Si certifica che (cognome e nome) \_\_\_\_\_ persona con

handicap affetto da \_\_\_\_\_

È paziente del sottoscritto/a di: \_\_\_\_\_

---

per favorire la sua autosufficienza e la possibilità di integrazione sociale.

Si rilascia la presente certificazione su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti.

Medico curante: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_