AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritt_ .....
Codice fiscale .....
Residente in .....
ai fini della detrazione dall'imposta dovuta per l'anno .....
sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni in caso di dichiarazione mendace (ai sensi dell'art.76 del DPR 28 dicembre 2000 n.445)

Dichiara

di aver acquistato le seguenti specialità medicinali senza obbligo di prescrizione medica, necessarie per l'uso proprio e dei familiari fiscalmente a carico.

medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....
medicinale :..... euro.....

Dei medicinali vengono allegati i relativi scontrini fiscali.

Data ..... Firma .....