

## AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_

Nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Codice fiscale n° \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

alla via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

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.

1. medicinale _____	€.	_____
2. medicinale _____	€.	_____
3. medicinale _____	€.	_____
4. medicinale _____	€.	_____
5. medicinale _____	€.	_____
6. medicinale _____	€.	_____
7. medicinale _____	€.	_____
8. medicinale _____	€.	_____
9. medicinale _____	€.	_____
10. medicinale _____	€.	_____
11. medicinale _____	€.	_____
12. medicinale _____	€.	_____
13. medicinale _____	€.	_____
14. medicinale _____	€.	_____
15. medicinale _____	€.	_____
16. medicinale _____	€.	_____
17. medicinale _____	€.	_____
18. medicinale _____	€.	_____
19. medicinale _____	€.	_____
20. medicinale _____	€.	_____
<b>TOTALE</b>	<b>€.</b>	<b>_____</b>

Dei medicinali sopra indicati vengono allegati i relativi scontrini fiscali.

Si allega copia fotostatica del documento di identità \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_