

**Dichiarazione sostitutiva di autocertificazione**  
**(Art. 47 DPR 445 del 28/12/2000 - GU N. 20 del 20/02/2001)**

---

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_), CAP \_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_,  
consapevole delle sanzioni previste dalla Legge in caso di  
dichiarazioni false,

DICHIARA

ai fini della detrazione dell'imposta dovuta per l'anno \_\_\_\_ 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_____
TOTALE: /EURO_____	

Dei medicinali vengono allegati i relativi scontrini fiscali.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)