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)