A U T O C E R T I F I C A Z I O N E

Il sottoscritto _____, codice fiscale _____, consapevole che in caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero potrà rincorrere in sanzioni penali, al fine della detrazione dall'imposta dovuta per l'anno _____ e a fronte di spese sanitarie sostenute nello stesso periodo d'imposta per l'uso proprio e dei familiari a carico,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di aver sostenuto delle spese mediche per le seguenti specialità acquistabili senza obbligo di prescrizione medica:

Specialità	Farmacia	Data	Prezzo
		Totale	

Si allegano gli scontrini fiscali.

Firma

_____, ___/___/_____ _____