

AUTOCERTIFICAZIONE SPESE SANITARIE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ in _____

codice fiscale _____

consapevole delle sanzioni civili e penali richiamate dell'art. 76, DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 DPR n. 445/2000;

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

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

_____ € _____

_____ € _____

_____ € _____

_____ € _____

_____ € _____

_____ € _____

_____ € _____

_____ € _____

_____ € _____

Si allegano i relativi scontrini.

Data

Firma dichiarante