

SCONTRINO	SCONTRINO	SCONTRINO	SCONTRINO	SCONTRINO
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

SCONTRINO	SCONTRINO	SCONTRINO	SCONTRINO	SCONTRINO
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

SCONTRINO	SCONTRINO	SCONTRINO	SCONTRINO	SCONTRINO
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

SCONTRINO	SCONTRINO	SCONTRINO
-----------	-----------	-----------

SCONTRINO	SCONTRINO	SCONTRINO
-----------	-----------	-----------

AUTOCERTIFICAZIONE
Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n.445

Il sottoscritto.....

Nato a.....il.....

Cod. Fisc.....

Residente a

Via.....

Consapevole delle conseguenze civili, penali e fiscali, conseguenti ad una falsa dichiarazione, sotto la propria responsabilità, dichiara quanto segue:

Gli scontrini fiscali, per un ammontare pari a euro
.....

Sono relativi a spese sostenute per l'acquisto di farmaci da banco (acquistabili senza ricetta medica) necessari alla propria salute e/o a quella dei propri familiari fiscalmente a carico, e non di altri prodotti non sanitari disponibili in farmacia

Luogo e data.....il.....

Firma.....