AUTOCERTIFICAZIONE PER SPESE SANITARIE

- DICHARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA' -

(ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445)

Il / La Sottoscritto / a _____

Nato /a a _____ il _____

E residente a _____ in via / piazza _____

Codice Fiscale _____

AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DELLA DETRAZIONE DEGLI ONERI PER L'ANNO D'IMPOSTA 20__

- consapevole delle sanzioni civili e penali richiamate dall'art. 76 del Decreto Presidente della Repubblica n. 445 del 28 Dicembre 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 del suddetto decreto,

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR. n. 445 del 2000 sotto la propria responsabilità:

- di aver sostenuto spese mediche per le seguenti specialità che qui si elencano senza obbligo di prescrizione medica e
- che dette spese sono necessarie per l'uso proprio e dei familiari fiscalmente a carico.

Data acquisto	Specialità medica	Farmacia	Spesa Euro
		Totale Euro	

Si allegano gli scontrini fiscali/fatture di acquisto.

Luogo e data: _____, ____/____/_____ Firma del Dichiarante: _____