

## AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto .....codice fiscale .....,  
ai fini della detrazione dall'imposta dovuta per l'anno ....., dichiara sotto la propria  
responsabilità di aver acquistato le seguenti specialità medicinali senza obbligo di prescrizione  
medica, necessarie per l'uso proprio e dei familiari fiscalmente a carico:

Farmacia	Farmaco	Scontrino numero e data	importo

TOTALE EURO \_\_\_\_\_

Il sottoscritto attesta altresì che l'importo pagato è riferito all'acquisto degli stessi farmaci necessari al sottoscritto o ai propri familiari a carico, e non all'acquisto di altri prodotti non sanitari disponibili in farmacia.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_