Il sottoscritto _____

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni in caso di dichiarazione mendace (rt. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445), con la presente di aver acquistato i seguenti medicinali non soggetti a obbligo di prescrizione medica, necessari per l'uso proprio e/o dei familiari fiscalmente a carico.

| DATA | MEDICINALE | IMPORTO |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

TOTALE EURO _____

Di detti medicinali viene comprovato l'acquisto mediante gli allegati scontrini fiscali.

Si allega fotocopia del documento di identità.

DATA FIRMA