

# AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_,

consapevole che in caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero potrà ricorrere in sanzioni penali, al fine della detrazione per l'anno \_\_\_\_\_

## DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, di avere sostenuto delle spese mediche per i seguenti prodotti:

PRODOTTO	CAUSA ACQUISTO	DATA	PREZZO

**Si allegano gli scontrini fiscali.**

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_