

AUTOCERTIFICAZIONE

(ai sensi degli art.46 e 47 del D.P.R. Del 28 dicembre 2000 n°445)

Il sottoscritto: _____

Codice fiscale: _____

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni in caso di dichiarazione mendace, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. Del 28/12/2000 n°445, con la presente autocertificazione

DICHIARA

Che gli scontrini di seguito riportati sono relativi a medicinali da banco senza obbligo di prescrizione medica e non di altri prodotti non sanitari presenti in farmacia, necessari per uso proprio e dei familiari fiscalmente a carico.

	Farmacia	Sc.n°	Data	Natura	Nome	Quantità	Prezzo
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							

In fede _____

Data _____ Firma _____

Allegare fotocopie scontrini e fotocopia documento d'identità

Questo CRP si riserva il diritto di eliminare le fotocopie degli scontrini non leggibili