



**PIER LUIGI GIANNACHI**  
*Dott. Commercialista*  
*Revisore Contabile*

Via Coriolano n.3  
 73022 - Corigliano d'Otranto (LE)  
 Via Vittorio Emanuele n. 166  
 73024 Maglie (LE)  
 Tel. 0836 320026  
 Cell. 368 574236  
 E-mail: [studio.giannachi@libero.it](mailto:studio.giannachi@libero.it)  
[www.studiogiannachi.it](http://www.studiogiannachi.it)



Corigliano d'Otranto

**Contribuente:** \_\_\_\_\_

**Anno dichiarazione dei redditi:** 2018 2019 2020 2021 20\_\_

<p>SCONTRINO</p> <p>Nome del farmaco</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>SCONTRINO</p> <p>Nome del farmaco</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>SCONTRINO</p> <p>Nome del farmaco</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>SCONTRINO</p> <p>Nome del farmaco</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>SCONTRINO</p> <p>Nome del farmaco</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>SCONTRINO</p> <p>Nome del farmaco</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>SCONTRINO</p> <p>Nome del farmaco</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>SCONTRINO</p> <p>Nome del farmaco</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>SCONTRINO</p> <p>Nome del farmaco</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>SCONTRINO</p> <p>Nome del farmaco</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>SCONTRINO</p> <p>Nome del farmaco</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>SCONTRINO</p> <p>Nome del farmaco</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

## **AUTOCERTIFICAZIONE**

**Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445**

Il sottoscritto ..... nato a .....  
il ..... Cod. Fisc. ....  
residente a ..... Via .....  
consapevole delle conseguenze civili, penali e fiscali, conseguenti a una falsa  
dichiarazione, sotto la propria responsabilità dichiara quanto segue: gli scontrini  
fiscali, per un ammontare pari a euro ..... sono relativi a  
spese sostenute per l'acquisto di farmaci da banco acquistabili senza ricetta medica  
necessari alla propria salute e/o a quella dei propri familiari fiscalmente a carico, e  
non di altri prodotti non sanitari disponibili in farmacia.

Luogo e data ..... il .....

Firma .....