



**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 \_\_\_\_\_

***Circolare n. 4/2022***

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

**Anno dichiarazione dei redditi:**

2021

2022

2023

2024

20\_\_

SCONTRINO

Nome del farmaco

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SCONTRINO

Nome del farmaco

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SCONTRINO

Nome del farmaco

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SCONTRINO

Nome del farmaco

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SCONTRINO

Nome del farmaco

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SCONTRINO

Nome del farmaco

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SCONTRINO

Nome del farmaco

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SCONTRINO

Nome del farmaco

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SCONTRINO

Nome del farmaco

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SCONTRINO

Nome del farmaco

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SCONTRINO

Nome del farmaco

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SCONTRINO

Nome del farmaco

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 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 .....