

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Autocertificazione per fruizione della detrazione dall'IRPEF a fronte di spese per acquisto di medicinali e/o protesi sanitarie)
(Artt 21, 38 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Io sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

nato/a a _____ (comune di nascita) (_____) in data _____ (data di nascita)
(provincia)

residente a _____ (comune di residenza) (_____) con abitazione in _____
(provincia) (via/piazza/ecc.)

_____ n. _____, consapevole delle sanzioni penali in cui posso incorrere in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, come richiamato dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sotto la mia personale responsabilità

DICHIARO,

avvalendomi della facoltà di documentare con autocertificazione alternativa alla prescrizione medica, prevista nell'Appendice alle istruzioni generali per la compilazione della dichiarazione dei redditi, alla voce "Spese sanitarie", paragrafo "Documentazione da conservare" e quindi in alternativa alla prescrizione medica, che le spese sanitarie relative all'acquisto di:

medicinali acquistabili senza prescrizione medica;

protesi sanitaria (a) _____

da me effettuate nel corso dell'anno 20__, e come tali portate a detrazione dell'imposta sulle persone fisiche nella mia dichiarazione dei redditi modello 730 UNICO, per l'anno suindicato, sono state da me sostenute perché necessarie a me stesso ai miei familiari a carico.

(b) Dichiaro inoltre che la spesa documentata dai seguenti scontrini fiscali rilasciati dalle controscritte farmacie emittenti ma non recanti la dicitura "medicinali" o "farmaci":

- 1) _____,
- 2) _____,
- 3) _____,
- 4) _____,
- 5) _____,
- 6) _____,
- 7) _____,
- 8) _____,
- 9) _____,
- 10) _____,

si riferisce sempre all'acquisto degli stessi suindicati farmaci/medicinali necessari a me stesso, ai miei familiari a carico, da me come sopra effettuato ed attestato e non si riferisce all'acquisto di altri prodotti non sanitari disponibili in farmacia.

(c) Dichiaro che l'acquisto della suindicata protesi sanitaria si è reso necessario a causa di _____

(d) Io sottoscritto/a, dichiaro infine di essere informato/a, ai sensi dell'art. 10 della legge 31.12.1996, n. 675, che l'ente, l'organo o l'ufficio della P.A. procedente, al quale la suesposta dichiarazione è prodotta, può utilizzare i dati personali da me forniti e in essa contenuti, perché prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e per le finalità connesse con il procedimento stesso, nei limiti stabiliti dalla legge e dai regolamenti, riservandomi la facoltà di esercitare, in qualunque momento, i diritti di cui all'art. 13 della succitata L. n. 675/96 rivolgendomi al responsabile del procedimento della P.A. procedente.

Trieste, _____

IL/LA DICHIARANTE

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, si allega alla presente, per la contestuale trasmissione, copia fotostatica semplice del proprio documento di identità personale qui sotto meglio indicato, in corso di validità:

tipo di documento: _____ n. _____

rilasciato/a in data _____ da _____

Ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, l'autenticità della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà da produrre alla P.A./gestore di pubblico servizio è garantita con le modalità di cui al succitato art 38 e cioè con la sottoscrizione in presenza del dipendente addetto dell'ufficio procedente ovvero con la sottoscrizione e trasmissione unitamente a copia fotostatica non autenticata di un valido documento di identità del sottoscrittore.

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 14 della tab. all. B al D.P.R. 26.10.1972, n. 642 modificata art. 28 del D.P.R. 30.12.1982, n. 955 e dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

AVVERTENZE :

LA PRESENTE DICHIARAZIONE E' UTILIZZABILE, IN ALTERNATIVA ALLA PRESCRIZIONE MEDICA SOLO IN RIFERIMENTO A SPESE RELATIVE A MEDICINALI ACQUISTABILI SENZA PRESCRIZIONE MEDICA O SPESE RELATIVE A PROTESI SE SI TRATTA DI ATTIVITA' SVOLTA, IN BASE ALLA SPECIFICA DISCIPLINA, DA ESERCENTI ARTI AUSILIARIE DELLA PROFESSIONE SANITARIA ABILITATI A INTRAPRENDERE RAPPORTI DIRETTI CON IL PAZIENTE..

In questi casi, predisporre e conservare la presente dichiarazione, per l'esibizione o la trasmissione a richiesta degli uffici finanziari, assieme alla idonea documentazione rilasciata dal precettore delle somme (che può consistere anche nello scontrino fiscale), dalla quale deve risultare l'avvenuto acquisto dei medicinali acquistabili senza prescrizione medica e gli importi delle spese sostenute e per le protesi, le relative fatture, ricevute fiscali o quietanze che, nel caso non siano rilasciate direttamente dall'esercente l'arte ausiliaria che le ha eseguite, dovranno contenere l'attestazione rilasciata del medesimo, di aver eseguito la prestazione quantificata nel documento di spesa. Conservare in allegato alla presente dichiarazione una copia fotostatica semplice del documento di identità valido utilizzato dal sottoscrittore i cui estremi devono essere qui sopra necessariamente indicati nell'apposito riquadro.

ATTENZIONE: La presente dichiarazione non è invece utilizzabile quale documentazione della spesa sostenuta per i ticket, che potrà invece essere costituita dalla fotocopia della ricetta rilasciata dal medico di base in unico esemplare corredata dallo scontrino fiscale rilasciato dalla farmacia, corrispondente all'importo del ticket pagato sui medicinali indicati nella ricetta.

NOTE PER LA COMPILAZIONE: (a) indicare il tipo di protesi; (b) indicare, per ogni scontrino fiscale rilasciato da farmacia che non rechi la dicitura "medicinali" o "farmaci", la denominazione della farmacia emittente, il numero di partita IVA, la data e il numero di emissione, nonché l'importo in Euro della spesa sostenuta; (c) indicare la causa che ha determinato l'acquisto.

SI INVITA A CONSULTARE, IN OGNI CASO, PRIMA DELLA COMPILAZIONE DELLA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE, LE ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL QUADRO E - ONERI E SPESE - DEI MODD. 730/UNICO E LA RELATIVA "APPENDICE" ALLA VOCE "SPESE SANITARIE" - PARAGRAFO " Documentazione da conservare".

(LAV/TUSEMPL/dsanotspesemed)