

# **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_, via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P. R. 445/2000)

## **DICHIARA**

che il prospetto riepilogativo delle spese sanitarie relative all'anno d'imposta \_\_\_\_\_, scaricato dal portale del Sistema Tessera Sanitaria e consegnato allo Studio ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi, corrisponde ai dati presenti nel Sistema Tessera Sanitaria alla data del download.

Dichiara inoltre di aver verificato il contenuto del prospetto e di aver consegnato allo Studio eventuali ulteriori documenti relativi a spese sanitarie detraibili non presenti nel predetto prospetto.

La presente dichiarazione viene resa ai fini dell'utilizzo del prospetto del Sistema Tessera Sanitaria in sostituzione della documentazione cartacea delle spese sanitarie, ferma restando la responsabilità del contribuente in ordine alla correttezza e completezza dei dati comunicati.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_