

DA INVIARE IN ALLEGATO ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI  
INCARICHI VACANTI PER SPECIALISTA AMBULATORIALE CONVENZIONATO  
INOLTRATA VIA PEC

ASSOLVIMENTO IMPOSTA DI BOLLO  
DICHIARAZIONE ex artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000

Spazio per l'apposizione  
della marca da bollo, da  
annullare con data e  
firma

La/Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)

nata/o a \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art.76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

**DICHIARA**

Di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 dovuta con riferimento alla  
**DOMANDA** del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, presentata per:

\_\_\_\_\_ tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo, trattenuta presso il mittente a disposizione degli organi di controllo;

a tal proposito dichiara che la marca da bollo di euro 16,00 applicata ha l'**IDENTIFICATIVO**  
n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

**dichiara altresì**

di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a **conservare il presente documento** e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

**La presente dichiarazione deve essere firmata (in forma autografa o digitale) da chi la rende e accompagnata da copia di un documento di identità valido.**

data

firma \_\_\_\_\_