

DICHIARAZIONE DI ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

DPR 445/2000 art. 46 e 47

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____ nato a _____

prov. _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____ CAP _____ tel. _____

Email _____

PEC _____

Relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione per:

“Avviso Pubblico per la formazione di una Graduatoria Aziendale di medici aspiranti al conferimento di eventuali incarichi provvisori, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzioni nell'ambito della Medicina Generale (ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria, Emergenza Sanitaria Territoriale – 118, Assistenza presso le Case Circondariali) valida per l'anno 2024”

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n.445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- Che l'imposta di bollo è stata assolta tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo da € 16,00 sull'originale cartaceo della domanda e che la marca da bollo ha il seguente numero seriale identificativo: __rilasciata in data _____.
- Che la marca da bollo indicata è destinata esclusivamente alla presentazione della presente istanza e non sarà utilizzata per qualsiasi altro adempimento.
- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sugli atti presentati e pertanto si impegna a conservare il presente documento ed a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Data _____ firma per esteso _____

La presente dichiarazione va corredata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.