

DA INVIARE IN ALLEGATO ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI
INCARICHI VACANTI PER MEDICI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA
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 sottoscritta/o _____
(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 _____