



Ministero della Salute

ALLEGATO E

Dichiarazione sostitutiva di certificazione riguardante
L'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo con contrassegno telematico

RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO, AI TITOLI UNIVERSITARI DELL'AREA SANITARIA
DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)



*Spazio per l'apposizione del
contrassegno telematico*

Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale (**Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445**) **trasmette la presente dichiarazione, attestando ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445 quanto segue:**

Cognome		Nome	
Codice Fiscale			
Nato il	a	Prov.	
Residente in		Prov.	CAP
Via/P.zza			n.
Tel.		Indirizzo mail	

DICHIARA

- che, ad integrazione del documento, l'imposta di bollo è stata assolta in modo virtuale tramite apposizione del contrassegno telematico su questo cartaceo trattenuto, in originale, presso il mittente, a disposizione degli organi di controllo. A tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16 (sedici euro) applicata ha:**

IDENTIFICATIVO n. _____ **e data** _____

- di essere a conoscenza che la **Regione Emilia-Romagna** potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Luogo e data _____

_____ Firma autografa leggibile

AVVERTENZE:

1) Il presente modello, provvisto di contrassegno sostitutivo del bollo deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa