

DICHIARAZIONE PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO DOVUTA PER LA
PRESENTAZIONE DI **ISTANZE** ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Spett.le
ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria
Direzione Sociosanitaria
SSD Gestione Reti Medici Convenzionati aziendali
Via Bertani, 4
16125 GENOVA GE

Da allegare alla domanda di iscrizione inviata tramite PEC

Il sottoscritto Dott. _____
codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
nato a _____ (Prov. _____) il _____
residente a _____ (Prov. _____)
via _____ n. civ. _____

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a **dichiarazioni non** veritiere, **formazione** o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000, n, 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. **47 del D.P.R. 38/12/2000, n. 445:**

DICHIARA

1. che la marca da bollo numero identificativo _____ figurante sul frontespizio della domanda di iscrizione nelle graduatorie aziendali dei medici di medicina generale valevoli per l'anno 2023 trasmessa per PEC in data _____, è conforme all'originale in proprio possesso;
2. di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulle dichiarazioni sostitutive rese in occasione della presentazione della domanda, ai sensi del DPR 44S/2000 e ss.mm.ii. e. pertanto, si impegna a conservare la suddetta marca n. _____ in originale, debitamente incollata e annullata nell'apposito spazio della domanda stessa, ed a renderla disponibile ai fini dei suddetti controlli.

Luogo e data _____ Firma per esteso _____