Modello E

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. 28/12/2000, n. 445:

DICHIARA

1. che la marca da bollo numero identificativo _____ figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione alla assegnazione degli ambito territoriali carenti di Assistenza primaria – anno 2020 - ai sensi dell'art. 34 c. 17 ACN MMG 21/06/2018 e ss.mm.ii, 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 445/2000 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 _____ (1)

(1) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.