ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL’IMPOSTA DI BOLLO

DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

*Spazio per l’apposizione*

*della marca da bollo,*

*da annullare con data e firma, estesa su parte del modulo*

Il/la sottoscritto/a codice fiscale

nato/a a il

residente a in via/piazza

sotto la propria responsabilità, secondo quanto previsto dagli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del medesimo decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 del DPR n. 445/2000),

**DICHIARA**

* di aver provveduto al pagamento dell’imposta di bollo dovuta per l’istanza di inserimento nelle graduatorie aziendali di medici disponibili all’eventuale conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o di sostituzioni di medicina generale del ruolo unico di assistenza primaria (a ciclo di scelta, ad attività oraria) e di assistenza negli istituti penitenziari con la marca da bollo sopra apposta identificata da numero: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**SI IMPEGNA**

* a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei controlli eventualmente disposti dalle autorità competenti.

|  |  |
| --- | --- |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(luogo, data)* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(firma)* |