

MODELLO E

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

Spett.
Azienda Sociosanitaria Ligure n. 5
S.C. URP, Attività Ospedale-Territorio
Uff. Gestione delle Convenzioni
Via Fazio 30
19121 LA SPEZIA

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

codice fiscale _____ nato/a _____

(prov. _____) residente a _____

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 con numero identificativo _____ figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di assistenza penitenziaria, di cui all'avviso pubblicato nel Bollettino ufficiale della Regione Liguria n. 14, parte IV, di mercoledì 03/04/2024, 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 445/200 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.

Data _____

Firma _____⁽¹⁾

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