

**TAG: CORSISTI2024**

**DICHIARAZIONE DI ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO**

**DPR 445/2000 art. 46 e 47**

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

**Relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione per:**

**L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI RIMASTI VACANTI DI MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA –PUBBLICAZIONE ANNO 2024 – riservato ai medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale presso la Regione Umbria**

**Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n.445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci**

**DICHIARA**

- Che l'imposta di bollo è stata assolta tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo da € 16,00 sull'originale cartaceo della domanda e che la marca da bollo ha il seguente numero seriale identificativo: \_\_\_\_\_
- Che la marca da bollo indicata è destinata esclusivamente alla presentazione della presente istanza e non sarà utilizzata per qualsiasi altro adempimento.
- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sugli atti presentati e pertanto si impegna a conservare il presente documento ed a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

**Data** \_\_\_\_\_ **firma per esteso** \_\_\_\_\_

La presente dichiarazione va corredata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.