

DICHIARAZIONE DI ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

DPR 445/2000 art. 46 e 47

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa. \_\_\_\_\_ 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 INCARICHI TERRITORIALI RIMASTI VACANTI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA – ANNO 2024**

**Pubblicati nel S.O al BUR Umbria n. 16 del 09/04/2024 riservato ai medici inseriti in graduatorie anno 2024 di Medicina Generale di altre Regioni o Province Autonome e medici in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale.**

**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 gli obblighi relativi al pagamento dell'imposta di bollo sono stati assolti e che la presente marca da bollo (indicare di seguito il numero identificativo e la data)

Valore marca da bollo € <u>16,00</u>	Spazio per apposizione marca da bollo da € 16,00
Numero Identificativo _____	
Data _____	

viene utilizzata esclusivamente per la presente istanza

**DICHIARA INOLTRE**

- Di aver provveduto ad annullare (apponendovi la data dell'istanza) la predetta marca da bollo;
- 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.