

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DI BOLLO DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE  
ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

Il sottoscritto consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale(art.75 e 76 del DPR 28.12.2000 n.445

Trasmette la presente dichiarazione, attestando ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 28.12.2000 N.445 quanto segue:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

DICHIARA

- Di aver provveduto al pagamento dell'imposta dovuta per le istanze di inserimento nelle graduatorie Regionali o Aziendali per la medicina convenzionata:

**Numero identificativo della marca da bollo \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_**

- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate, pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma autografa leggibile

\_\_\_\_\_