

Allegato 3

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

<p>SPAZIO PER MARCA DA BOLLO</p> <p>da € 16,00</p> <p>da annullare con data e firma</p>

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____

Nato/a a _____ Prov. _____

Il _____, codice fiscale _____

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 dicembre 2000, n.445, ai sensi ed agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

- Di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00, dovuta per l'istanza di partecipazione alla graduatoria aziendale di disponibilità prevista dall'art. 15, comma 7, ACN/PLS vigente, per i medici aspiranti ad eventuali incarichi provvisori e di sostituzione nella Pediatria di Libera Scelta, presso l'Azienda Sanitaria Locale di Pescara, con la marca da bollo sopra apposta ed annullata.
- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Firma autografa leggibile

Luogo e data _____

AVVERTENZE

1 – Il presente modulo, provvisto della marca da bollo annullata secondo le indicazioni di cui sopra, deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di partecipazione alla graduatoria aziendale di disponibilità prevista dall'art. 15, comma 7, ACN/PLS vigente, per i medici aspiranti ad eventuali incarichi provvisori e di sostituzione nella Pediatria di Libera Scelta, presso l'Azienda Sanitaria Locale di Pescara.

2 – La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa parte del modulo.