

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

*SPAZIO PER MARCA DA BOLLO
da € 16,00
da annullare con data e firma*

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. 19, comma 6, ACN 04/04/2024, per i medici aspiranti ad eventuali incarichi a tempo determinato e/o di sostituzione nella MMG, 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.



Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito asl.pe.it/dati-personali e mediante il

QR Code qui accanto raffigurato

La sottoscrizione della presente domanda attesta anche l'avvenuta presa visione dell'informativa estesa.

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. 19, comma 6, ACN 04/04/2024, per i medici aspiranti ad eventuali incarichi a tempo determinato e/o di sostituzione nella MMG, 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.