



Ministero della Salute

ALLEGATO E

Dichiarazione sostitutiva di atto notorio riguardante ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO
AL TITOLO UNIVERSITARIO DELL'AREA SANITARIA
DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)



Il/la sottoscritto/a _____
(Nome e Cognome)

Codice fiscale _____

nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____
(Luogo di nascita)

Residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Via/P.zza _____ n. _____

DICHIARA

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 19, D.P.R. n. 445/2000 e s.m.,

- che, ad integrazione della documentazione, l'imposta di bollo è stata assolta tramite apposizione del contrassegno sul modello di domanda cartaceo trattenuto in originale presso il mittente a disposizione degli organi di controllo.
- che la marca da bollo di euro 16 (sedici euro) applicata ha identificativo n. _____ e data _____
- di essere a conoscenza che la Regione Abruzzo potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

La firma non va autenticata