

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA 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 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:**

Spazio per l'apposizione
della marca da bollo,
da annullare con data e firma

Cognome		Nome		
Nato a		Prov.		il
Residente in		Prov.		CAP
Via/piazza				n.
DICHIARA				
<input type="checkbox"/> di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per le istanze di inserimento nelle graduatorie regionali della medicina generale e/o di pediatria di libera scelta della Regione Emilia Romagna valevoli per l'anno 2024 con la marca da bollo numero identificativo:.....del(1) (1) NB: Numero identificativo della marca da bollo				
<input type="checkbox"/> 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 dei successivi controlli.				
<i>Luogo e data</i> -----		<i>Firma autografa leggibile</i> -----		
AVVERTENZE:				
1) Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di inserimento nelle graduatorie regionali della medicina generale e/o di pediatria di libera scelta della Regione Emilia Romagna valevoli per l'anno 2024.				
2) La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa e parte del modulo				