

Mod. C

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO
DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA P.A.**

Apporre Marca da Bollo da annullare con data e firma

Il/La sottoscritto/a Dott.....

Nato/a a.....prov.....

Il.....codice fiscale.....

Ai sensi e agli effetti degli articoli 46 e 47 del T.U. approvato con D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.

DICHIARA

-di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti residui di continuità assistenziale individuati per l'anno 2021 presso le ASL della Regione Lazio con la marca da bollo sopra apposta e annullata.

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

Luogo e data

Firma

.....

AVVERTENZE

Il presente modulo deve essere allegato alla domanda di partecipazione. 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