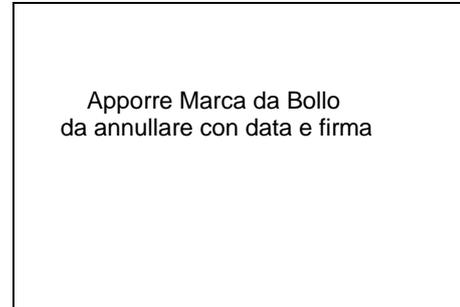


**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO  
DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA P.A.**



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 assistenza primaria ad attività oraria individuati per l'anno 2022 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