

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 residui di assistenza primaria a ciclo di scelta (zone carenti assistenza primaria) 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