

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO CON  
CONTRASSEGNO TELEMATICO PER LA PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA DI  
GARA**

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 del  
contrassegno telematico*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

**IN QUALITÀ DI**

Persona fisica  Procuratore speciale

Legale rappresentante della Persona giuridica

**DICHIARA**

che l'imposta di bollo è stata assolta in modo virtuale tramite apposizione del contrassegno telematico su questo cartaceo trattenuto, in originale, presso il mittente, a disposizione degli organi di controllo.

A tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo applicata di **euro 16,00** ha:

IDENTIFICATIVO n. \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_.

di essere a conoscenza che l'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini 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 digitale

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AVVERTENZE:**

Il presente modello, provvisto di contrassegno sostitutivo del bollo, deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma digitale del dichiarante o del procuratore speciale e allegato su STELLA.