|  |
| --- |
| MODULO PER L’ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL’IMPOSTA DI BOLLO CON CONTRASSEGNO TELEMATICO PER LA PRESENTAZIONE DELL’ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALLA P.A. PER L’APPALTO DI FORNITURA DI DISPOSITIVI MEDICI PER TERAPIA ANTALGICA, IN ACCORDO QUADRO, PER LE ESIGENZE DELL’AUSL DI BOLOGNA E FERRARA. |
| 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 o indicazione del n. identificativo*

Cognome Nome

Nato a Prov.: Il

Residente in Prov.: CAP

Via/Piazza N.

Tel. Fax Cod. Fisc.

**IN QUALITÀ DI**

□ Persona fisica □ Procuratore speciale

□ Legale rappresentante della Persona giuridica

**DICHIARA**

□ che, ad integrazione del documento, 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 di euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ applicata ha: IDENTIFICATIVO n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ di essere a conoscenza che l’organo preposto 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:**

1. Il presente modello deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma digitale del dichiarante o del procuratore speciale ed allegato sul SATER.