

Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo con contrassegno telematico per la presentazione dell'istanza di partecipazione alla Procedura aperta per l'affidamento della fornitura di dispositivi medici per ginecologia, ostetricia e senologia per l'Azienda Usl di Bologna, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, l'Azienda Usl di Imola, l'Azienda Usl di Ferrara e l'Azienda Ospedaliero Universitaria di 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.:	II
Residente in	Prov.:	CAP
Via/Piazza	N.	
Tel.	Fax	Cod. Fisc.
IN QUALITÀ DI		
<input type="checkbox"/> Persona fisica <input type="checkbox"/> Procuratore speciale		
<input type="checkbox"/> Legale rappresentante della Persona giuridica		
DICHIARA		
<input type="checkbox"/> 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 _____		
<input type="checkbox"/> 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.