

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALL'ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

(da utilizzare in caso di inoltro della domanda e relativi allegati tramite posta elettronica certificata)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____, (Prov. ____),

il _____ residente in _____, (Prov. ____), Via _____ n° _____,

C.A.P.: _____, Codice Fiscale _____

Indirizzo posta certificata _____

Indirizzo e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

D I C H I A R A

- che il numero identificativo riportato sulla marca da bollo da _____ € apposta alla copia della domanda di inclusione nella graduatoria specialistica ambulatoriale nell'ambito zonale del Comitato Consultivo Zonale della Provincia di Cagliari per l'anno 2018 conservata a cura del dichiarante è il seguente:

- che la medesima marca da bollo è da considerare regolarmente annullata ai sensi della vigente normativa.

S I I M P E G N A

- a conservare per almeno cinque anni tutta la documentazione cartacea per eventuali controlli da parte delle autorità preposte.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 445/00, relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora la A.S.L. di Cagliari, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

La presente dichiarazione viene sottoscritta dal Dichiarante e presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

Luogo e data

Firma del Dichiarante