

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO CON
CONTRASSEGNO TELEMATICO**

**Gara procedura aperta accelerata ai sensi dell'art. 71 c.3 D.lgs. 36/2023 per
l'affidamento del "Servizio a lotto unico di Assistenza Medica Specialistica presso
il Servizio di Pronto Soccorso dell'Ospedale C. Magati di Scandiano dell'Azienda
USL di Reggio Emilia"**

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. | | |
| 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'Amministrazione 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, provvisto di contrassegno sostitutivo del bollo deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma digitale del dichiarante o del procuratore speciale.