



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA

DICHIARAZIONE DI ASSOLVIMENTO DI IMPOSTA DI BOLLO

il/la sottoscritta:

Nome: _____ Cognome: _____

Nato/a a: _____ Il: _____

Residente a: _____ Via-piazza: _____

Preventivamente informato/a e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n.445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

che gli obblighi relativi al pagamento dell'imposta di bollo ai sensi dell'art. 3 del DM 10 novembre 2011 (ex DPR 642/1972), sono stati assolti e che la presente marca da bollo (indicare di seguito il numero identificativo e la data):

Valore marca da bollo _____

Numero identificativo _____

Data _____

Spazio per marca da bollo

viene utilizzata esclusivamente per la presente istanza amministrativa (specificare istanza):

DICHIARA INOLTRE

- di aver provveduto ad annullare (apponendovi la firma) la predetta marca da bollo e di impegnarsi a conservarne l'originale contestualmente alla predetta istanza a cui esclusivamente afferisce per eventuali controlli da parte dell'amministrazione;
- di essere consapevole che è nella piena, esclusiva e diretta responsabilità del richiedente l'obbligo di utilizzare una marca da bollo per ogni singola istanza, e pertanto non è possibile comunicare gli stessi estremi di una marca da bollo per istanze diverse, ovvero utilizzare più volte gli stessi dati identificativi della marca da bollo per istanze diverse.

Data _____

Firma _____