SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

ASL FROSINONE

GARA EUROPEA A PROCEDURA APERTA IN ACCORDO QUADRO, AI SENSI DELL'ART. 71 DEL D.Lgs. n. 36/2023, PER LA FORNITURA DI PROTESI DI ANCA, GINOCCHIO E SPALLA PER LE ESIGENZE DELLA ASL DI FROSINONE, DELLA DURATA MASSIMA DI 12 MESI, PROROGABILE FINO A 12 MESI

ALLEGATO 10

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

PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

ASL FROSINONE

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			
□ 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 la stazione appaltante 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

_____

Il presente modello, provvisto di contrassegno sostitutivo del bollo deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma digitale del dichiarante o del procuratore speciale ed allegato su STELLA.