

PROCEDURA APERTA, AI SENSI DELL'ART. 71 DEL D.LGS. 36/2023, PER L'AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA DI MANUFATTI ODONTOTECNICI, PROTESICI E ORTOGNATODONTICI, PER LA CONTINUITA' DELL'EROGAZIONE DELL'ATTIVITA' RIABILITATIVA ODONTOPROTESICA SVOLTA NEGLI AMBULATORI TERRITORIALI DISTRETTUALI DELLA ASL DI FROSINONE

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA
DI BOLLO CON CONTRASSEGNO TELEMATICO
PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

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 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.