

**PROCEDURA APERTA, AI SENSI DELL'ART 60 DEL D.LGS. 50/2016,  
FINALIZZATA ALL'AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA DI RETI  
PER CHIRURGIA DELL'ERNIA INGUINALE PER LE ESIGENZE  
DELLA ASL DI FROSINONE**

**ALLEGATO 11**  
**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DEL PAGAMENTO  
DELL'IMPOSTA DI BOLLO**

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 STELL@.