

**PROCEDURA APERTA, AI SENSI DELL'ART 60 DEL D.LGS. 50/2016,  
FINALIZZATA ALL'AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA IN  
SERVICE QUINQUENNALE DI SISTEMI COMPLETI PER IL  
TRATTAMENTO CON TERAPIA RENALE SOSTITUTIVA  
CONTINUA (CRRT) CON RELATIVO FABBISOGNO DI  
CONSUMABILI PER LE ESIGENZE 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.
<b>IN QUALITÀ DI</b>		
<input type="checkbox"/> Persona fisica	<input type="checkbox"/> Procuratore speciale	
<input type="checkbox"/> Legale rappresentante della Persona giuridica		
<b>DICHIARA</b>		
<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.