OMCeOCampobasso
Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER MARCA DA BOLLO

La/Il sottoscritta/o

Cognome			
Nome			
Nata/o a		il	
Codice Fiscale			
Residente a			
Indirizzo			

ai sensi e per gli effetti degli Art. 46 e 47 del D.P.R. n° 445 28/12/2000, a conoscenza di quanto prescritto dall'Art. 75 del D.P.R. n. 445 28/12/2000, sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al procedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e dal successivo Art. 76 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di aver annullato, secondo le modalità prescritte dalla legge e ai fini dell'assolvimento dell'imposta di bollo, la marca da bollo indicata di seguito

Estremi della marca da bollo:

Importo	€ 16,00
Data emissione	
Identificativo n°	

Apporre qui la marca da bollo e annullarla

Figura 1: FACSIMILE di Marca da bollo

- che la marca da bollo sopra indicata è utilizzata esclusivamente per la procedura relativa a (indicare per esteso una delle causali disponibili)

Domanda di iscrizione all'Albo (indicare se Medici Chirurghi o Odontoiatri ovvero STP)

Data

Firma

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs n° 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, per gli adempimenti connessi al procedimento per i quali sono richiesti.

Firma

Dichiarazione esente da imposto di bollo ai sensi dell'art. 37 DPR n° 445/2000