

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO DOVUTA PER LA
PRESENTAZIONE DI ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

<p>SPAZIO PER MARCA DA BOLLO</p> <p>da annullare con data e firma</p>
--

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

Nato/a a _____ prov _____

il _____ codice fiscale _____

Ai sensi e agli effetti degli articoli 46 e 47 del T.U. approvato con D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.

DICHIARA

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico individuati per l'anno 2025 presso le ASL della Regione Lazio con la marca da bollo sopra apposta e annullata.
- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento ed a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Luogo e data

Firma

.....

AVERTENZE

Il presente modulo deve essere allegato alla domanda di partecipazione

La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa e parte del modulo.