

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER MARCA DA BOLLO

(ai sensi dell'art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e D.M. 10 novembre 2011)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____, codice fiscale _____, residente a _____,
in via/piazza _____, n. _____, tel. _____,
PEC/email _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.;

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di aver assolto al pagamento e all'annullamento della marca da bollo relativa alla domanda di _____ (es. iscrizione/trasferimento/cancellazione) all'Albo Professionale dei Farmacisti dell'Ordine della Provincia di _____ presentata il _____

IMPORTO	DATA	N. IDENTIFICATIVO

Apporre qui la marca da bollo
(qualora non sia stata già apposta sulla suddetta domanda di iscrizione)

Dichiara, inoltre, che la marca da bollo in questione non verrà utilizzata per nessun altro adempimento come disposto dall'art. 3 del D.M. 10/11/2011.

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Reg. UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

IL DICHIARANTE

Allega copia di un documento di riconoscimento valido (fronte/retro).