



Ministero della Salute

A L L E G A T O E
Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio
riguardante

ASSOLVIMENTO IMPOSTA DI BOLLO PER ISTANZA
INOLTRATA A MEZZO PEC

RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO, AI
TITOLI UNIVERSITARI delle PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE, dell'area
INFERMIERISTICA e OSTETRICA
DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)



Regione Marche

La /Il Sottoscritta/o, _____
(Nome e Cognome)

nata/o a _____ il _____
(Luogo di nascita)

Codice Fiscale | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ |

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i.,

DICHIARA

che l'imposta di bollo è stata assolta secondo le seguenti modalità:

- ☐ Apposizione ed annullamento della marca da bollo sul cartaceo della domanda, conservato presso il mittente.
A tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di Euro 16,00 applicata ha:

L'IDENTIFICATIVO n _____ emesso in data _____

- ☐ Imposta di bollo assolta in modo virtuale tramite: _____

- ☐ Di essere a conoscenza che la Regione Marche potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e che pertanto la domanda in originale dovrà essere conservata presso il mittente e resa disponibile per eventuali successivi controlli

Data _____

Firma del dichiarante _____
(per esteso e leggibile)

La firma non va autenticata