

ALL M - Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo con contrassegno telematico per la presentazione dell'istanza di partecipazione alla PROCEDURA APERTA per la fornitura di materiali per il controllo di qualità e relativo software gestionale, per il servizio di immunoematologia e med. trasfusionale AUSL Bologna e dell'UO di Microbiologia dell' Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

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 o
indicazione del n. identificativo*

| | | |
|---|---|------------|
| Cognome | Nome | |
| Nato a | Prov.: | II |
| Residente in | Prov.: | CAP |
| Via/Piazza | N. | |
| Tel. | Fax | Cod. Fisc. |
| IN QUALITÀ DI | | |
| <input type="checkbox"/> Persona fisica | <input type="checkbox"/> Procuratore speciale | |
| <input type="checkbox"/> Legale rappresentante della Persona giuridica | | |
| DICHIARA | | |
| <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 l'organo preposto 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

AVVERTENZE:

- 1) Il presente modello deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma digitale del dichiarante o del procuratore speciale ed allegato su SATER.