

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER MARCA DA BOLLO

(art. 47 D.P.R: 28 dicembre 2000, n. 445 – D.M. 10 novembre 2011)

Il/La sottoscritto/a dr/dr.ssa (nome e cognome) _____

Nato/a _____ il _____

Residente nel Comune di _____ CAP _____

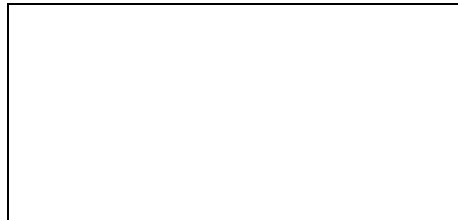
In Via/Piazza _____ n° _____

Codice Fiscale _____

avvalendosi della facoltà prevista dall' articolo 3 del Decreto Ministeriale 10.11.2011 e consapevole delle sanzioni penali prevista dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e dell'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi

DICHIARA

1. Di aver assolto correttamente al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 con rilascio del relativo contrassegno;
2. Che la marca da bollo n° _____ relativa ad istanza di iscrizione All' Albo dei Farmacisti della provincia di Verona, apposta nello spazio sottostante della presente dichiarazione è stata annullata:



Apporre qui la marca da bollo

- A comprova dichiara il seguente Codice identificativo nella marca da bollo ad assolvimento dell'imposta dovuta per l'istanza trasmessa:

Codice identificativo (14 cifre) _____

Data emissione _____ ora di emissione _____

L'originale della presente dichiarazione con la marca da bollo su di esso apposta, è custodito dal sottoscritto (con impegno di metterlo a disposizione per eventuali controlli e verifiche ai sensi di legge) presso il seguente indirizzo:

Località _____ Via _____ nr. _____

Luogo e data _____

Il Dichiarante
