

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

**SPAZIO PER MARCA DA BOLLO**

**da annullare con data e firma**

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità amministrative e penali, conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

**DICHIARA**

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di inserimento nella graduatoria regionale dei medici di medicina generale/della pediatria di libera scelta della Regione Molise valevole per l'anno 2025 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 e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

**Firma autografa leggibile**

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**AVVERTENZE**

1. Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di inserimento nella graduatoria regionale dei medici di medicina generale/della pediatria di libera scelta della Regione Molise valevole per l'anno 2025.
2. 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.