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**:

E-HEALTH-2020 - SIWE - Servizio di contact center in outsourcing rivolto agli utenti dei sistemi informativi sanitari della Regione Sardegna

Procedura Aperta

**ALLEGATO 4-MODELLO PER ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL’IMPOSTA DI BOLLO PER LA PRESENTAZIONE DELL’ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALL’APPALTO SPECIFICO**

*Spazio per l’apposizione del contrassegno telematico*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome | Nome |  |
| Nato a | Prov.: | Il |
| Residente in | Prov.: | CAP |
| Via/Piazza | N. |  |
| Tel. | Fax Cod. Fisc. |  |
| **IN QUALITÀ DI** | | |
| □ Persona fisica | □ Procuratore speciale |  |
| □ Legale rappresentante della Persona giuridica: | | |
| **DICHIARA** | | |
| □ 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. | | |
| □ di essere a conoscenza che la Stazione appaltante 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

Allegato 4-Modello per attestazione di pagamento dell’imposta di bollo