



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



Italiadomani  
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



Regione Umbria



Umbria in Salute



AZIENDA  
OSPEDALIERA  
SANTA MARIA  
TERNI

## Allegato B

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER ASSOLVIMENTO IMPOSTA DA BOLLO (ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La

sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

qualità \_\_\_\_\_

di:

\_\_\_\_\_ (titolare/legale/procuratore/rappresentante) dell'operatore economico

\_\_\_\_\_

Ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n°445/2000 e s.m.i., pienamente consapevole della responsabilità penale cui va incontro, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e sim, in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione od uso di atti falsi, nonché di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevoli altresì che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione la scrivente Impresa decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata:

#### DICHIARA

che l'imposta di bollo dovuta per l'istanza/dichiarazione inoltrata per la partecipazione alla gara in oggetto è stata assolta mediante contrassegno telematico identificativo n. \_\_\_\_\_ data  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ detenuto presso la propria sede e si impegna a conservarlo ed a renderlo disponibile per eventuali controlli e verifiche ai sensi di Legge.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IL DICHIARANTE