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 previste dall'articolo 76 del DPR n. 445/2000 e dall'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 Treviso, apposta nello spazio sottostante della presente dichiarazione è stata annullata:

Apporre qui la marca da bollo

- A comprova dichiara il seguente Codice identificativo della 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 _____ n. _____

Luogo e Data _____

Il Dichiarante

_____