



SOGGETTO AGGREGATORE DELLA REGIONE ABRUZZO

GARA COMUNITARIA CENTRALIZZATA A PROCEDURA APERTA, PER LA FORNITURA DI GUANTI MONOUSO CHIRURGICI E NON, OCCORRENTI ALLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE ABRUZZO nonché all' ASREM- Azienda Sanitaria della Regione Molise.

**ALLEGATO 2 – MODELLO ATTESTAZIONE PAGAMENTO IMPOSTA DI
BOLLO**

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:**

*Spazio per l'apposizione
del contrassegno
telematico*

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____ C.F. _____, domiciliato per la carica presso la sede societaria ove appresso, nella sua qualità di _____ e legale rappresentante avente i poteri necessari per impegnare la _____ nella presente procedura, con sede in _____, Via _____, iscritta al Registro delle Imprese di ____ al n. ____, codice fiscale n. _____ e partita IVA n. _____,

DICHIARA

- ☐ che 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.

A tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro _____ applicata ha:

- **Identificativo n.** _____
- **Data** _____

- ☐ di essere a conoscenza che l'ARIC 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

AVVERTENZE:

Il presente modello, provvisto di contrassegno sostitutivo del bollo deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma digitale del dichiarante o del procuratore speciale ed allegato sul STELLA, come indicato nel paragrafo "Documentazione a corredo" del Disciplinare di gara.