

## Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - PNRR

### *Missione 6: "SALUTE".*

*Componente 2: "PNRR - Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria."*

*Investimento 2.2: "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Corso di formazione in infezioni ospedaliere."*

*Sub investimento 2.2(b): "Corso di formazione in infezioni ospedaliere."*

"Procedura aperta telematica per l'affidamento del servizio di organizzazione e gestione del piano formativo sulle infezioni ospedaliere. Missione 6 del PNRR, Componente 2, Investimento 2.2 Sub Investimento 2.2. (b) "

CUP I44D22003910001

SIMOG gara n. 9500733

CIG A03F311C8F

## Allegato 1.2

## ASSOLVIMENTO IMPOSTA DI BOLLO

Spett.le REGIONE BASILICATA

Direzione Generale Stazione Unica Appaltante  
Ufficio Centrale di Committenza e Soggetto aggregatore  
Via Vincenzo Verrastro, 4  
85100 – POTENZA

**Dichiarazione, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, di assolvimento dell'imposta di bollo per la partecipazione alla "Procedura aperta telematica per l'affidamento del servizio di organizzazione e gestione del piano formativo sulle infezioni ospedaliere. Missione 6 del PNRR, Componente 2, Investimento 2.2 Sub Investimento 2.2. (b)""**

**SIMOG gara n. 9500733**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, domiciliato per la carica presso la sede societaria ove appreso, nella sua qualità di \_\_\_\_\_ e legale rappresentante avente i poteri necessari per impegnare la \_\_\_\_\_ (codice fiscale \_\_\_\_\_, P.IVA \_\_\_\_\_) nella presente procedura, con sede in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, e/o in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevole 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 SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

che gli obblighi relativi al pagamento dell'imposta di bollo ai sensi dell'art. 3 del DM 10 novembre 2011 (ex DPR 642/1972) sono stati assolti mediante l'acquisto presso un esercente convenzionato di apposito contrassegno telematico (marca da bollo), di cui si riportano di seguito gli estremi:

<b>Numero identificativo</b>	
<b>Data</b>	
<b>Valore marca da bollo</b>	€ 16,00

**DICHIARA INOLTRE**

Pagina 2 di 3

*Procedura aperta telematica per l'affidamento del servizio di organizzazione e gestione del piano formativo sulle infezioni ospedaliere. Missione 6 del PNRR, Componente 2, Investimento 2.2. – Sub Investimento 2.2.(b)-*

*Assolvimento imposta di bollo*

1. che nello spazio sottostante è stata apposta ed annullata la marca da bollo sopra indicata, e che la stessa è stata utilizzata esclusivamente per la presente istanza;
2. che una copia informatica della presente dichiarazione viene trasmessa per via telematica contestualmente all'istanza;
3. che la copia cartacea originale della presente dichiarazione dovrà essere conservata presso gli uffici dell'azienda, a propria cura, per eventuali verifiche dell'Ufficio;
4. di aver provveduto ad annullare (apponendovi la data dell'istanza) la già menzionata marca da bollo e di impegnarsi a conservarne l'originale contestualmente all'istanza a cui esclusivamente afferisce per eventuali controlli da parte dell'amministrazione;
5. di essere consapevole che è nella piena, esclusiva e diretta responsabilità del richiedente l'obbligo di utilizzare una marca da bollo per ogni singola istanza, e pertanto non è possibile comunicare gli stessi estremi di una marca da bollo per istanze diverse, ovvero utilizzare più volte gli stessi dati identificativi della marca da bollo per istanze diverse.

**Spazio in cui apporre ed annullare  
il contrassegno telematico sopra  
indicato**

**IL DICHIARANTE**  
*(Firmato digitalmente)*