

La/Il sottoscritta/o

Cognome

Nome

Nata/o a

il

Codice Fiscale

Residente a

Via/Corso/Piazza/\_\_\_\_\_

ai sensi e per gli effetti degli Art. 46 e 47 del D.P.R. n° 445 28/12/2000, a conoscenza di quanto prescritto dall'Art. 75 del D.P.R. n. 445 28/12/2000, sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al procedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e dal successivo Art. 76 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

- di aver annullato, secondo le modalità prescritte dalla legge e ai fini dell'assolvimento dell'imposta di bollo, la marca da bollo indicata di seguito

#### Estremi della marca da bollo:

Importo

€ 16,00

Data emissione

Identificativo n°

Apporre qui la marca da bollo e annullarla



Figura 1: FACSIMILE di Marca da bollo

- che la marca da bollo sopra indicata è utilizzata esclusivamente per la procedura relativa a (indicare per esteso una delle causali riportate nell'elenco allegato)

Data

---

Firma

---

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs n° 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, per gli adempimenti connessi al procedimento per i quali sono richiesti.

Firma

---

Dichiarazione esente da imposto di bollo ai sensi dell'art. 37 DPR n° 445/2000

**Elenco delle causali da indicare nel modulo:**

- Certificato di iscrizione per l'Italia
- Certificato di iscrizione per l'estero
- Domanda di iscrizione all'Albo (indicare se *Medici Chirurghi* o *Odontoiatri* ovvero *STP*)
- Domanda di cancellazione dall'Albo (indicare se *Medici Chirurghi* o *Odontoiatri* ovvero *STP*)
- Certificato di Good Standing
- Domanda di iscrizione agli Elenchi Speciali dell'Albo
- Certificato di assolvimento Obbligo Formativo ECM (indicare il triennio di riferimento)