DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a

C.F.

nato/a a

il

residente in

Via/Piazza

numero civico

CAP

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 3 della Tariffa allegata al D.P.R. 642/1972, che:

la domanda di **prima iscrizione all'Albo** è **soggetta all'imposta di bollo di € 16,00** e che la relativa **marca da bollo è stata regolarmente assolta mediante apposizione della marca fisica**

numero identificativo

rilasciata in data

Destinatario:
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Lecce (OMCeO Lecce)

Luogo e data

Firma del dichiarante