



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA  
"Pugliese Ciaccio"  
Catanzaro



REGIONE CALABRIA

**Procedura di gara aperta europea con modalità telematica ai sensi degli artt. 58 e 60 del d.lgs. n° 50/2016 per l'affidamento della fornitura di materiale igienico di consumo a ridotto impatto ambientale e detergente per mani per le strutture sanitarie ed amministrative dell'Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio di Catanzaro, comprensiva di comodato d'uso gratuito dei relativi dispensatori con annesso servizio di installazione, manutenzione e disinstallazione degli stessi e consegna al piano del materiale di consumo - criterio di aggiudicazione: offerta economicamente più vantaggiosa sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo per un importo totale presunto per 60 (sessanta) mesi, posto a base d'asta, pari ad 1.500.000,00 iva esclusa. numero gara:7738121 Codice Cig : 8271418E0D**

MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO CON CONTRASSEGNO TELEMATICO PER LA PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA DI GARA

Spazio per l'apposizione del  
Contrassegno telematico

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:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

IN QUALITÀ DI

Persona fisica  Procuratore speciale

Legale rappresentante della Persona giuridica

DICHIARA

che, ad integrazione del documento "Domanda di partecipazione con dichiarazioni integrative", 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 16,00 applicata ha:

IDENTIFICATIVO n. \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_.

di essere a conoscenza che l'Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio 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:**

1) Il presente modello, provvisto di contrassegno sostitutivo del bollo deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma digitale del dichiarante o del procuratore speciale e allegato sulla Piattaforma informatica,