



Ordine  
Assistenti  
Sociali

Consiglio  
Regionale  
Lombardia

**ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO PER LA DOMANDA DI CANCELLAZIONE  
DALL'ORDINE DEGLI ASSISTENTI SOCIALI DELLA REGIONE LOMBARDIA**

Spazio riservato all'apposizione della  
**marca da bollo da 16 euro**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nat\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Res. a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- Che, l'imposta di bollo, è assolta mediante apposizione ed annullamento della marca da bollo da 16 euro su questo modello cartaceo;
- Che la marca da bollo ha identificativo n. \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_;
- Che la marca da bollo non è stata utilizzata in precedenza;
- Che la marca da bollo è utilizzata in via esclusiva per l'invio della domanda di cancellazione dall'Albo degli Assistenti Sociali della regione Lombardia.

*Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiero, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità.*

\_\_\_\_\_ lì, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma

**AVVERTENZE:**

1. Il presente modulo, provvisto di marca da bollo, deve essere debitamente compilato e sottoscritto in modo autografo ed allegato alla domanda di cancellazione predisposta dall'Ordine degli Assistenti Sociali unitamente agli altri documenti richiesti.
2. La marca da bollo deve essere annullata mediante apposizione di un segno a penna biro tracciato sulla marca da bollo e sul foglio.