



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 veritiere, 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.