

DICHIARAZIONE

In conformità degli art. 46-47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, formalmente

Il/la sottoscritto/a _____
Cognome e Nome

| | | | |
|-----------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|
| <i>Codice fiscale</i> | <i>data di nascita</i> | <i>luogo di nascita</i> | <i>Prov. di nascita</i> |
|-----------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|

| | | |
|-------------------------------|---------------|-------------|
| <i>indirizzo di residenza</i> | <i>Comune</i> | <i>Prov</i> |
|-------------------------------|---------------|-------------|

| | |
|------------------|---------------|
| <i>cellulare</i> | <i>e-mail</i> |
|------------------|---------------|

PEC Posta Elettronica Certificata (obbligatorio per comunicazioni con le Pubbliche Amministrazioni)

DICHIARA

- di essere impossibilitato ad assolvere al pagamento del BOLLO entro la scadenza, prevista entro le ore 23:59 del 19/01/2026, dell'AVVISO per la predisposizione della Graduatoria Aziendale di Medicina Generale per l'anno 2026, giusta prot. 191988 del 29/12/2025, per motivi tecnici legati al proprio gestore dello SPID _____ (indicare il gestore SPID);
- di riservarsi di regolarizzare il predetto pagamento previa comunicazione dell'ASP TRAPANI.

_____ li _____

Firma _____
con allegato documento di identità