

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

_____ *Codice fiscale* _____ *data di nascita* _____ *luogo di nascita* _____ *Prov. di nascita*

_____ *indirizzo di residenza* _____ *Comune* _____ *Prov*

_____ *cellulare* _____ *e-mail*

PEC Posta Elettronica Certifica (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