



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

Direzione Generale
CUF: 006R7C- CDR 00.10.01.00

Allegato 3 - Modello annullamento bollo

Bollo € 16,00
(da applicare e annullare)
In alternativa riportare estremi
dell'autorizzazione dell'Agenzia
delle entrate

Avviso: ATTUAZIONE MODELLI DI INTERVENTO PER L'INCLUSIONE ATTIVA DEI DETENUTI (AMA DE) DIRETTA A PROMUOVERE LO SVILUPPO DI COMPETENZE E ABILITÀ ATTRAVERSO ATTIVITÀ FORMATIVE, LAVORATIVE E DI SOCIALIZZAZIONE, CON LO SCOPO DI FAVORIRE L'INTEGRAZIONE E IL REINSERIMENTO SOCIO-LAVORATIVO E LA RIDUZIONE DEL FENOMENO DELLA RECIDIVA - PROGETTO PER.S.E.I.DE. PERCORSI SOCIO-EDUCATIVI E DI INSERIMENTO PER I DETENUTI

CUP E81J25000990006 - CLP PRG-AMADE_FSE-1314-REGIONE SARDEGNA - AMA DE (FSE+) - AMA DE - SARDEGNA FSE+

Il/La sottoscritto/a: Nome _____ Cognome _____
Codice Fiscale: _____ nella qualità di¹
_____ dell'Agenzia formativa (Denominazione)
_____ con Codice di Accreditamento

se procuratore: n. Procura- _____ Data procura _____
con sede legale nel Comune di _____ Provincia
_____ Via/Piazza _____ CAP
_____ con codice fiscale _____ e con partita I.V.A.

Telefono _____
E-mail _____
PEC _____

visto l'Avviso pubblico in oggetto, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, il soggetto decadrà, automaticamente dall'ammissione al finanziamento ed il dichiarante incorrerà nelle sanzioni penali di cui all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi

¹ Specificare se legale rappresentante o procuratore speciale. Nel caso di sottoscrizione da parte del procuratore deve essere allegata la procura in originale o copia conforme e devono essere inseriti i dati relativi alla procura: numero procura e data della procura.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

Direzione Generale
CUF: 006R7C– CDR 00.10.01.00

di falsità in atti e per dichiarazioni mendaci;

DICHIARA

- di aver annullato, secondo le modalità prescritte dalla legge e ai fini dell'assolvimento dell'imposta di bollo, il contrassegno telematico del valore di euro 16,00 il cui numero identificativo è il seguente:
_____;
- che il suindicato contrassegno telematico sarà utilizzato esclusivamente per la procedura in oggetto, e viene applicato al presente documento e annullato;
- di conservare il presente documento con il contrassegno telematico applicato e annullato per tre anni ai fini dell'accertamento da parte dell'Amministrazione finanziaria (art. 37 DPR 642/1972).

Firma del Rappresentante Legale o del Procuratore speciale
dell'AFS o mandataria RT

(firmato digitalmente ai sensi della normativa vigente)