



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ALLEGATO 4 DEL FAC-SIMILE DELLA DOMANDA TELEMATICA

AVVISO PUBBLICO "SINE LIMES"
PER LA CONCESSIONE DI BUONI SERVIZIO A FAVORE DI PERSONE
CON LIMITAZIONE ALL'AUTONOMIA
POR FSE 2014-2020 – Asse 2 "Inclusione sociale e lotta alla povertà"

Priorità di investimento 9iv – Obiettivo Specifico RA09.11CRII07- Azione 9.11.1.c

MODULO ANNULLAMENTO MARCA DA BOLLO

Bollo € 16,00
(Da applicare e annullare)

**(SEZIONE A - DA COMPILARE NEL CASO DI DICHIARAZIONE PRESENTATA DA SOGGETTO
RIENTRANTE NELLE CASISTICHE DI DESTINATARIO DI CUI ALL'ART. 6 DELL'AVVISO)**

Il/la sottoscritto/a _____

Data di nascita _____, Comune di nascita _____,

Provincia di nascita _____, /

Comune di residenza _____, Cap _____, Provincia di residenza

_____, Indirizzo _____ di _____ residenza

_____, /

Comune di domicilio _____, Cap _____, Provincia di domicilio

_____, Indirizzo _____ di _____ domicilio

_____, /

codice fiscale _____ /

cittadinanza _____ /



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

(SEZIONE B - DA COMPILARE SOLO NEL CASO DI DICHIARAZIONE PRESENTATA DAL TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/SOGGETTO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE)

Il/la sottoscritto/a _____

Data di nascita _____, Comune di nascita _____,

Provincia di nascita _____, /

Comune di residenza _____, Cap _____, Provincia di residenza _____,

Indirizzo _____ di _____ residenza _____,

_____ /

Comune di domicilio _____, Cap _____, Provincia di domicilio _____,

Indirizzo _____ di _____ domicilio _____,

_____ /

codice fiscale _____ /

cittadinanza _____ /

IN QUALITÀ DI (barrare l'opzione):

☐ tutore, nominato con provvedimento del Tribunale di _____
estremi del provvedimento di nomina (numero e data) _____

☐ amministratore di sostegno, nominato con provvedimento del Tribunale
di _____
estremi del provvedimento di nomina (numero e data) _____

☐ soggetto esercente la responsabilità genitoriale

DI:

(indicare di seguito i dati del soggetto rappresentato rientrando nelle casistiche di destinatario di cui all'art. 6 dell'avviso)

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

_____, Comune di nascita _____, Provincia di nascita _____,

_____ /

Comune di residenza _____, Cap _____, Provincia di residenza _____,

Indirizzo _____ di _____ residenza _____,

_____ /

Comune di domicilio _____, Cap _____, Provincia di domicilio _____,

Indirizzo _____ di _____ domicilio _____,

_____ /

codice fiscale _____, / cittadinanza _____



**REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, al fine di poter assolvere agli obblighi sulla tracciabilità dei movimenti finanziari previsti dall'art.3 della Legge n.136/2010, con la presente

DICHIARA

- ☐ Di aver annullato, secondo le modalità prescritte dalla legge e ai fini dell'assolvimento dell'imposta di bollo, la marca da bollo dal valore di euro 16,00 il cui numero identificativo è il seguente: _____ (inserire il n. Identificativo marca da bollo)
- ☐ Che la suindicata marca da bollo sarà utilizzata esclusivamente per la procedura in oggetto, e viene applicata al presente documento e annullata.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 D.lgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Luogo e data

FIRMA
(firma digitale/autografa)