

**Pagamento diritto annuale 2016 AIC – Modulo Pagamenti Diversi**

**Spett.le**  
**Agenzia Italiana del Farmaco - AIFA**  
**Uff. AA. Amm.vi, contabilità e bilancio**  
da inoltrare a: [protocollo@aifa.mailcert.it](mailto:protocollo@aifa.mailcert.it)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 46 DEL D.P.R. 28  
DICEMBRE 2000, N. 445**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(documento di identità \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da  
\_\_\_\_\_), in qualità di \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_ (di seguito  
"Impresa/ente"), codice SIS \_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_, via  
\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, P.IVA \_\_\_\_\_, ai sensi e  
per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità e  
delle conseguenze civili e penali comminate dalla legge ex art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000,  
n. 445 in caso di dichiarazioni false e mendaci

**DICHIARA**

che il numero complessivo delle AIC per cui Codesta Agenzia richiede il pagamento, non  
corrisponde a quanto realmente dovuto in quanto:

1) *indicare il/i codice/i AIC per il/i quale/i si ritiene di non dover corrispondere il diritto annuale  
specificandone le motivazioni*

---

---

---

---

2) *indicare il/i codice/i AIC per il/i quale/i si ritiene di dover corrispondere il diritto annuale  
specificandone le motivazioni*

---

---

---

---

L'importo totale dovuto in funzione delle variazioni sopra riportate è pari a €

---

Si allega alla presente copia semplice del documento d'identità personale del sottoscrittore.

Data

Firma