

Pagamento diritto annuale 2019 – Modulo Pagamenti Diversi

Spett.le
Agenzia Italiana del Farmaco - AIFA
Uff. Contabilità e Bilancio
 da inoltrare a: protocollo@pec.aifa.gov.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