

*Commissione Centrale
per gli Esercenti le Professioni Sanitarie*

All'Ufficio di Segreteria CCEPS c/o
Ministero della salute
Viale Giorgio Ribotta, n. 5,
00144 - Roma

OGGETTO: TASSA DI BOLLO DECISIONE CCEPS

**APPORRE
MARCA DA BOLLO**

Il/la sottoscritto/a

in qualità di

Deposita n. 1 marca da bollo di € 16,00 per la decisione emessa dalla CCEPS, in riferimento al ricorso n.
.....,

Estremi documento identità (da allegare in copia scannerizzata)

.....

Estremi documento identità dell'eventuale delegato (da allegare in copia scannerizzata)

.....

Tel. / Cell.:

Posta Elettronica Certificata (PEC)

Data Firma

NOTA: originale della marca da bollo da € 16,00 per la decisione CCEPS. Il ricorso è irricevibile se non è accompagnato dal pagamento della tassa di bollo di euro 16,00 che è irripetibile anche in caso di rinuncia. La tassa di bollo di euro 16,00 sostituisce quella che sarebbe dovuta sugli originali delle decisioni emesse dalla CCEPS, nonché sulle copie occorrenti per le notificazioni delle decisioni medesime, i quali, pertanto, sono esenti da tasse di bollo.

Per ogni ulteriore informazione, è possibile contattare l'Ufficio al seguente indirizzo e-mail:
cceps@postacert.sanita.it