

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO PER LA  
DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE DELLE PSICOLOGHE E PSICOLOGI DELLA  
REGIONE PUGLIA**

Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445) **trasmette la presente dichiarazione, attestando ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445 quanto segue:**



Cognome **MENNITI**

Nome **MARIA MANUELA**

Nato a **S.GIOVANNI ROTONDO** Prov.: **FG**

Il **12.09.76**

Residente in **CERIGNOLA** Prov.: **FG**

CAP **71042**

Via/Piazza **CORSO GRAMSCI**

N. **27**

Tel. **338.4357090**

Fax

Cod. Fisc. **MNNMMN76P52H926T**

**DICHIARA**

- che, ad integrazione dell'istanza presentata, l'imposta di bollo è stata assolta tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo su questo cartaceo

- che la marca da bollo ha IDENTIFICATIVO n. 01210400427638 e data 27.04.2026

Luogo e data

CERIGNOLA, 27.04.2026

Firma

**AVVERTENZE:**

**La marca da bollo deve essere annullata** tramite l'apposizione di un segno apposto a penna tracciato sulla marca e sul foglio.

**NB. È richiesta SOLO UNA marca da bollo, che deve essere apposta su questo modulo e non sulla domanda di iscrizione.**


**REPUBBLICA ITALIANA**  
**MINISTERO DELL'INTERNO**  
**CARTA DI IDENTITÀ / IDENTITY CARD**  
 COMUNE DI / MUNICIPALITY  
**CERIGNOLA**

**CA18409BG**



**COGNOME / SURNAME**  
**MENNITTI**  
**Nome / NAME**  
**MARIA MANUELA**  
**LUOGO E DATA DI NASCITA**  
**PLACE AND DATE OF BIRTH**  
**SAN GIOVANNI ROTONDO (FG) 12.09.1976**  
**SESSO**                      **STATURA**  
**SEX**                              **HEIGHT**  
**F**                                      **172**  
**EMISSIONE / ISSUING**                      **SCADENZA / EXPIRES**  
**11.05.2018**                                      **12.09.2028**  
**FIRMA DEL TITOLARE**  
**HOLDER'S SIGNATURE**



**581535**


**REPUBBLICA ITALIANA**  
**TESSERA SANITARIA**



**Codice Fiscale** **MNNMMN76P52H926T**      **Data di scadenza** **12/09/2028**  
**Cognome** **MENNITTI**  
**Nome** **MARIA MANUELA**                      **Sesso** **F**  
**Luogo di nascita** **SAN GIOVANNI ROTONDO**  
**Provincia** **FG**                      **Dati sanitari regionali**  
**Data di nascita** **12/09/1976**

