

DOMANDA DI AMMISSIONE A PAGAMENTO NELLE STRUTTURE ONAOSI A/A 2018/2019

Spett.le Fondazione ONAOSI
Via Ruggero D'Andreotto, 18
06124 PERUGIA

Fax: 075.5013836

E-mail: centri.formativi@onaosi.it

...I... sottoscritt..... nat... a il
C.F. residente in prov. di
C.A.P. via tel.
cell. indirizzo e-mail@..... presso cui elegge
domicilio ai fini della presente istanza, figli... del/della Dr./Dr.ssa contribuente
obbligatorio o volontario dell'ONAOSI, iscritt... all'Albo dei..... dell'Ordine dei
..... della provincia di al n. visto l'Avviso prot. n. del
..... per l'ammissione a pagamento di figli di sanitari contribuenti nelle strutture ONAOSI di Perugia (Collegio
Universitario e Centro Formativo), Torino (sede centrale e distaccata), Pavia, Padova (femminile e maschile), Bologna,
Messina e Milano per l'anno accademico 2018/2019 ed accettatene integralmente le condizioni, **chiede di essere
ammess.. a partecipare alla graduatoria per l'assegnazione dei posti a pagamento presso la seguente struttura
dell'ONAOSI:**

.....(obbligatorio indicare la struttura richiesta) ⁽¹⁾

A tal fine dichiara: (barrare la casella e compilare solo la parte che interessa)

- di aver conseguito il diploma di maturità nell'anno scolastico con voti/100
- di essere iscritt..., per l'anno accademico 2017/2018, al anno del corso di laurea ⁽²⁾
..... in con una media di voti
riportati pari a
- di aver conseguito la laurea/master di primo livello in
in data con voti
- di essere laureand... di primo livello, di possedere i requisiti previsti dall'Università per ottenere l'iscrizione alla
laurea specialistica biennale ed avere una media dei voti riportati pari a

...I... sottoscritt... dichiara inoltre di volersi iscrivere (o di essere già iscritt...) nell'A/A 2018/2019 al anno
del corso di ⁽²⁾ in, presso
l'Università degli Studi di impegnandosi a produrre all'atto dell'ingresso o,
comunque, entro il 31 gennaio 2019 il relativo certificato di iscrizione o dichiarazione sostitutiva.

Si allega (in originale o copia autentica):

- a) (SE NEO DIPLOMATO) certificato di maturità con indicazione del voto, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione secondo il modello allegato;
(SE STUDENTE UNIVERSITARIO O LAUREANDO DI PRIMO LIVELLO) certificato di iscrizione al corso di laurea, con indicazione del piano di studi
e degli esami/crediti superati con relativa votazione ⁽³⁾, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione contenente tutti i dati richiesti;
(SE LAUREATO DI PRIMO LIVELLO) certificato di laurea con indicazione del voto riportato, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificato secondo il
modello allegato;
- b) certificazione o dichiarazione sostitutiva dalla quale risulti che lo scrivente è figlio di:
 - sanitario (medico chirurgo, odontoiatra, veterinario, farmacista) contribuente obbligatorio (dipendente pubblico) iscritto all'Ordine
professionale, in regola con la contribuzione ONAOSI e senza alcun tipo di contenzioso in materia contributiva nei confronti della Fondazione,
 - ovvero sanitario (medico chirurgo, odontoiatra, veterinario, farmacista) contribuente volontario, in regola con la contribuzione ONAOSI e senza
alcun tipo di contenzioso in materia contributiva nei confronti della Fondazione, il quale si impegna a versare la quota 2019 entro i termini
fissati dall'ONAOSI;
- c) se studente con retta a carico di Enti di categoria, copia dell'istanza presentata all'Ente di categoria (ad es. ENPAM).

I sottoscritt ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs.
30 giugno 2003, n. 196, e del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile
2016 acconsente al trattamento dei dati forniti con le modalità e per le finalità indicate nell'informativa stessa.

Luogo e data

Firma..... ⁽⁵⁾

(in caso di minore, la dichiarazione dovrà essere sottoscritta, a convalida delle dichiarazioni rese dal minore, anche da chi esercita la potestà o la tutela)

MODELLO PER DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI⁽¹⁾
(da compilare a cura dello studente aspirante ospite)

...I... sottoscritt....., nat... a

Il C.F. di nazionalità⁽²⁾

residente in provincia di

via, C.A.P., consapevole che, in caso di dichiarazioni mendaci, gli atti saranno trasmessi all'autorità giudiziaria per l'applicazione delle previste sanzioni penali e l'ONAO SI procederà alla revoca del beneficio concesso, nonché ad agire in giudizio per il risarcimento del danno, dichiara sotto la propria responsabilità, autorizzando espressamente la Fondazione a verificare la presente autocertificazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445^{(5) (6)} (*barrare alternativamente le caselle e compilare solo la parte che interessa*):

- (SE NEO DIPLOMATO/A) di aver conseguito il diploma di maturità presso l'Istituto di nell'anno scolastico con voti
- (SE STUDENTE/SSA UNIVERSITARIO/A O LAUREANDO/A DI PRIMO LIVELLO) di essere iscritto per l'a/a 2017/2018 al anno del corso di laurea..... in, presso l'Università degli Studi di e, avendo superato le materie necessarie per il diritto al posto studio, avere una media matematica dei voti pari a..... (è obbligatorio allegare certificato universitario con esami o dichiarazione sostitutiva completa con elenco esami superati, voti, date e piano di studi);
- (SE LAUREATO/A O IN POSSESSO DI MASTER DI PRIMO LIVELLO) di aver conseguito la laurea/master di primo livello in..... con la votazione di..... in data.....;
- di essere figli.. del/della dr./dr.ssa nat... a il

Allega copia fotostatica del seguente documento di riconoscimento in corso di validità:⁽⁸⁾

Luogo e data..... Firma.....⁽⁹⁾
(in caso di minore, la dichiarazione dovrà essere sottoscritta, a convalida delle dichiarazioni rese dal minore, anche da chi esercita la potestà o la tutela)

* * *

MODELLO PER DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI⁽¹⁾
(da compilare a cura del genitore contribuente)

...I... sottoscritt..... nat... a il

C.F. di nazionalità⁽²⁾

residente in provincia di via

C.A.P. e-mail certificata/non certificata⁽³⁾@..... iscritto all'Albo⁽⁴⁾ dei

..... dell'Ordine dei della provincia di al n.

ricevuta l'informativa sulla privacy, consente il trattamento dei dati personali nei limiti e ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, e, consapevole che, in caso di dichiarazioni mendaci, gli atti saranno trasmessi all'autorità giudiziaria per l'applicazione delle previste sanzioni penali e l'ONAO SI procederà alla revoca del beneficio concesso, nonché ad agire in giudizio per il risarcimento del danno, **dichiara sotto la propria responsabilità** autorizzando espressamente la Fondazione a verificare la presente autocertificazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445,^{(5) (6)} (*barrare le caselle e compilare solo la parte che interessa*):

- di essere genitore dello/a studente/ssa
- di aver prestato servizio quale dipendente dei seguenti Enti pubblici quale medico chirurgo, ovvero quale odontoiatra, ovvero quale veterinario, ovvero quale farmacista
– (ente) (periodo dal/...../..... al/...../.....)⁽⁷⁾;
- di prestare, alla data odierna, servizio quale dipendente del seguente Ente pubblico in maniera continuativa a far data dal (*indicare mese e anno di assunzione*), di essere in regola con la contribuzione e di non avere alcun tipo di contenzioso in materia contributiva nei riguardi dell'ONAO SI.;
- (solo per i sanitari non pubblici dipendenti all'atto della domanda) che lo/a scrivente è iscritto quale contribuente volontario/a dell'ONAO SI, non ha alcun tipo di contenzioso in materia contributiva nei riguardi della Fondazione, è in regola con la contribuzione e si impegna a pagare il contributo per l'anno 2019 nei termini fissati dall'ONAO SI;
- che lo/a scrivente è stato, prima dell'anno 2003, contribuente volontario/a dell'ONAO SI negli anni

Allega copia fotostatica del seguente documento di riconoscimento in corso di validità:⁽⁸⁾

Luogo e data..... Firma.....⁽⁹⁾

MODELLO PER DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI ⁽¹⁾

(da compilare a cura del secondo genitore qualora entrambi i coniugi siano contribuenti in atto)

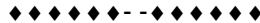
.....I.... sottoscritt....., nat.. a, il
C.F. di nazionalità ⁽²⁾
residente in provincia di via
C.A.P. e-mail certificata/non certificata ⁽³⁾@..... iscritto all'Albo ⁽⁴⁾
dei dell'Ordine dei della provincia di al n.

ricevuta l'informativa sulla privacy, consente il trattamento dei dati personali nei limiti e ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, consapevole che, in caso di dichiarazioni mendaci, gli atti saranno trasmessi all'autorità giudiziaria per l'applicazione delle previste sanzioni penali e l'ONAO SI procederà alla revoca del beneficio concesso, nonché ad agire in giudizio per il risarcimento del danno, dichiara sotto la propria responsabilità autorizzando espressamente la Fondazione a verificare la presente autocertificazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, ^{(5) (6)} (barrare le caselle e compilare solo la parte che interessa):

- di essere genitore dello/a studente/ssa
- di aver prestato servizio quale dipendente dei seguenti Enti pubblici quale medico chirurgo, ovvero quale odontoiatra, ovvero quale veterinario, ovvero quale farmacista
 - (ente) (periodo dal/...../..... al/...../..... ⁽⁷⁾;
 - (ente) (periodo dal/...../..... al/...../..... ⁽⁷⁾;
 - (ente) (periodo dal/...../..... al/...../..... ⁽⁷⁾;
- di prestare, alla data odierna, servizio quale dipendente del seguente Ente pubblico in maniera continuativa a far data dal (*indicare mese e anno di assunzione*), di essere in regola con la contribuzione e di non avere alcun tipo di contenzioso in materia contributiva nei riguardi dell'ONAO SI;
- (solo per i sanitari non pubblici dipendenti all'atto della domanda) che lo/a scrivente è iscritto quale contribuente volontario/a dell'ONAO SI, non ha alcun tipo di contenzioso in materia contributiva nei riguardi della Fondazione, è in regola con la contribuzione e si impegna a pagare il contributo per l'anno 2019 nei termini fissati dall'ONAO SI;
- che lo/a scrivente è stato, prima dell'anno 2003, contribuente volontario/a dell'ONAO SI negli anni

Allega copia fotostatica del seguente documento di riconoscimento in corso di validità: ⁽⁸⁾

Luogo e data..... Firma..... ⁽⁹⁾



NOTE PER LA COMPILAZIONE DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

1. La presente dichiarazione deve essere presentata e sottoscritta dal sanitario genitore dell'aspirante ospite. Nel caso in cui entrambi i genitori siano contribuenti, è necessario, ai fini dell'attribuzione del punteggio aggiuntivo, compilare il modello relativo al secondo genitore contribuente.
2. Ai sensi dell'art. 3 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, le dichiarazioni sostitutive possono essere rese dai cittadini italiani e da altri stati dell'Unione Europea. Gli extracomunitari regolarmente soggiornanti in Italia possono effettuare "autocertificazioni" limitatamente agli stati, ai fatti ed alle qualità personali certificabili da parte di soggetti pubblici italiani;
3. Barrare la voce che non interessa. Specificare se trattasi di posta elettronica certificata o non certificata.
4. Specificare se trattasi di Ordine dei Farmacisti, Veterinari, o Medici Chirurghi ed Odontoiatri ed, in quest'ultimo caso, se il sanitario è iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi, ovvero a quello degli Odontoiatri;
5. Effettuare tutte le dichiarazioni sostitutive atte a comprovare il possesso dei requisiti richiesti per i quali non viene prodotta apposita certificazione;
6. Le dichiarazioni sostitutive devono essere complete e riportare tutti i dati necessari;
7. Specificare analiticamente la denominazione dell'ente ed il periodo di servizio. Nel caso in cui entrambi i genitori, siano, o siano stati, contribuenti, l'elencazione deve essere fatta separatamente per ciascun sanitario;
8. Le dichiarazioni inviate per posta o per fax sono valide solo se ad esse viene allegata copia di un documento di riconoscimento in corso di validità (documento d'identità, passaporto, ecc.);
9. La firma è indispensabile, ma non deve essere autenticata.