

MODELLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

__l__ sottoscritt__ _____ nat__ a
_____ il _____ C.F.
_____ di nazionalità
_____ residente in _____
Provincia di _____ Via _____
n. _____ cap _____ e-mail _____

consapevole che, in caso di dichiarazioni mendaci, gli atti saranno trasmessi all'autorità giudiziaria per l'applicazione delle previste sanzioni penali e che l'ONAO SI procederà alla revoca del beneficio concesso, nonché ad agire in giudizio per il risarcimento del danno, **dichiara sotto la propria responsabilità**, ai sensi degli artt. 46 ,47 e 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445

(In caso di figlio/a di regolare contribuente) (1)

- di essere nato il _____
- di avere la cittadinanza _____ e di essere figlio/a del dr./dr.ssa _____ nato/a il _____ CF _____;
- di avere al 1° gennaio 2019 la residenza fiscale in _____
Via _____ cap. _____ prov. _____
- di essere iscritto/a ad un corso di studio nell'anno scolastico/ accademico 2019/2020
- oppure
- di non essere iscritto/a nell'anno scolastico/ accademico 2019/2020 ad alcun corso di studio e di non essere occupato/a.
- che il/la dr/dr.ssa _____ presta servizio in qualità di dipendente dal 01/01/2015 al _____ c/o Ente pubblico/ Enti pubblici di seguito indicati _____

che il/la dr/dr.ssa _____ non prevede il pensionamento entro il 05/10/2020;

(solo per i sanitari non pubblici dipendenti) che il/la dr/dr.ssa _____ è iscritto/a quale contribuente volontario/a dell'ONAOSI in forma continuativa dal quinquennio anteriore all'anno di scadenza del presente bando ed ha versato la quota per l'anno in corso.

che il/la dr/dr.ssa _____ ha prestato servizio quale dipendente di Ente Pubblico _____ dal _____ al _____ e che è cessato dal servizio:

- per inabilità totale e permanente all'esercizio della professione;
- con 30 anni di contribuzione ONAOSI e che abbia mantenuto la contribuzione;
- con almeno 30 anni di contribuzione ONAOSI entro il 9/2/2010
- con contributo vitalizio.

che il reddito complessivo lordo del/della dr./dr.ssa _____ nell'anno 2019 è stato pari ad € _____;

che la copia della dichiarazione dei redditi del/della dr./dr.ssa _____ allegata alla presente, è copia conforme all'originale presentato all'Agenzia delle Entrate;

che il/la dr./dr.ssa _____ non ha presentato dichiarazione relativa ai redditi per l'anno 2019;

che la copia del CU2020 del/della dr./dr.ssa _____ allegata alla presente è copia conforme all'originale (da inviare solo se l'interessato non ha presentato modello Unico o modello 730);

(In caso di orfano/a di regolare contribuente) (1)

di essere nato il _____

di avere la cittadinanza _____ e di essere figlio/a del dr./dr.ssa _____ nato/a il _____ CF _____ deceduto/a il _____;

di avere al 1° gennaio 2019 la residenza fiscale in _____ Via _____ cap. _____ prov. _____

di essere iscritto/a ad un corso di studio nell'anno scolastico/accademico 2019/2020 oppure

di non essere iscritto nell'anno scolastico/accademico 2019/2020 ad alcun corso di studio e di non essere occupato/a.

che il/la dr/dr.ssa _____ ha prestato servizio quale dipendente del seguente Ente pubblico _____ fino alla data del decesso;

(*solo per i sanitari non pubblici dipendenti*) che il/la dr/dr.ssa _____ è stato/a iscritto/a quale contribuente volontario/a dell'ONAOI fino alla data del decesso;

che il reddito complessivo lordo del genitore superstite _____ nell'anno 2019 è stato pari ad € _____;

che la copia della dichiarazione dei redditi del genitore superstite _____ allegata alla presente, è copia conforme all'originale presentato all'Agenzia delle Entrate;

che il genitore superstite _____ non ha presentato dichiarazione relativa ai redditi per l'anno 2019;

