

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER CONTRIBUTO RIVOLTO A FIGLI DI CONTRIBUENTI CON
DIAGNOSI CERTIFICATA DI DSA E/O ADHD**

__l__ sottoscritt _____, nat __
a _____, il _____,
C.F. _____, residente nel comune
di _____, provincia di _____,
Via _____, C.A.P. _____, tel.
_____ cell. _____ e-mail
_____@_____, in qualità di figlio maggiorenne di
contribuente oppure in qualità di **genitore/tutore/Ads** (*cancellare la voce che non interessa*)
_____, nat__ il _____, consapevole
che, in caso di dichiarazioni mendaci, gli atti saranno trasmessi all'autorità giudiziaria per
l'applicazione delle previste sanzioni e che l'ONAOISI, in tal caso, procederà alla revoca dei benefici
concessi, 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 dicembre 2000, n. 445:

1. che _____ è iscritt_ per l'anno
scolastico 2023/2024 al _____ anno c/o la Scuola (barrare la voce che interessa)
Primaria Secondaria di I° grado Secondaria di II° grado (*specificare il nome e il tipo di scuola
frequentata*) _____ situata in __ via
_____prov. _____; (in caso di minorenni)
2. di essere iscritt_ per l'anno scolastico 2023/2024 al _____ anno c/o la Scuola
Secondaria di II° grado (*specificare il nome e il tipo di scuola frequentata*)
_____ situata in
_____ via _____ prov.
_____;(se maggiorenne)
3. che il/la dr/dr.ssa _____ nato/a il
_____ CF _____ presta servizio in
qualità di dipendente dal 30/06/2019 c/o l'Ente pubblico/Enti pubblici di seguito indicato/i: (1)
_____ dal _____ al _____;

_____ dal _____ al _____;

che il/la dr/dr.ssa _____ non prevede il pensionamento entro il 01/07/2024;

che il/la dr/dr.ssa _____ ha esonero contributivo ai sensi dell'art. 6 comma 10 del regolamento di Contribuzione vigente; (1)

4. (solo per i sanitari non pubblici dipendenti) che il/la dr/dr.ssa _____ nato/a il _____ CF _____ è iscritto/a quale contribuente volontario/a dell'ONAOSI dall'anno 2019 all'anno di scadenza del presente bando ed ha versato la quota per l'anno in corso;

5. che il/la dr/dr.ssa _____ nato/a il _____ CF _____ ha prestato servizio in qualità di dipendente c/o Ente Pubblico /Enti pubblici di seguito indicato/i: (1)

_____ dal _____ al _____;

_____ dal _____ al _____;

ed è cessato dal servizio con 30 anni di contribuzione ONAOSI entro il 9/2/2010;

6. che il/la dr/dr.ssa _____ nato/a il _____ CF _____ ha versato il contributo vitalizio; (1)

7. che il valore ISEE ordinario 2024 relativo al nucleo familiare è di _____

8. che lo studente ha la residenza anagrafica a _____ prov _____ in Via _____ dal 01/01/2023 e che la residenza fiscale coincide con quella anagrafica **oppure** che la residenza fiscale è a _____ in Via _____ dal 01/01/2023;

9. di voler ricevere l'eventuale contributo con una delle seguenti modalità alternative:

c/c n. _____ presso la banca _____ filiale di _____, (1)

Codice IBAN (specificare il codice per intero inserendo anche gli 0)

