

**MODELLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
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 e che l'ONAOSI 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:

1. di essere nato/a il \_\_\_\_\_ e di avere la cittadinanza  
\_\_\_\_\_;
2. di essere figlio/a del dr./dr.ssa \_\_\_\_\_ nato/a  
il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
deceduto/a il \_\_\_\_\_;
3. di avere 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;
4. di non essere occupato/a;
5.  che il/la dr/dr.ssa \_\_\_\_\_ ha prestato  
servizio quale dipendente c/o il seguente Ente pubblico  
\_\_\_\_\_ fino alla data del decesso;
6.  (solo per i sanitari non pubblici dipendenti) che il/la dr/dr.ssa  
\_\_\_\_\_ è stato/a iscritto/a quale  
contribuente volontario/a dell'ONAOSI fino alla data del decesso;

