

MODELLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il/La 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 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 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;

2. di prestare servizio in qualità di dipendente dal 15/09/2019 c/o Ente pubblico/
Enti pubblici di seguito indicato/i: (1)

_____ dal _____ al _____;

_____ dal _____ al _____;

di non prevedere il pensionamento entro il 16/09/2024 (1);

di avere l'esonero contributivo ai sensi dell'art. 6 comma 10 del Regolamento di Contribuzione vigente (1);

3. (*solo per i sanitari non pubblici dipendenti*) di essere iscritto/a quale regolare contribuente volontario/a dell'ONAOSI dall'anno 2019 all'anno di scadenza del presente bando e di aver versato la quota per l'anno in corso (1);

4. di avere prestato servizio in qualità di dipendente c/o Ente Pubblico /Enti pubblici di seguito indicato/i: (1)

_____ dal _____ al _____;

_____ dal _____ al _____;

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

