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 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;

5. ☐ di avere versato il contributo vitalizio (1);

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

7. di voler ricevere l'eventuale intervento 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)

   ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

   Intestatario 1 _____ nato a _____

   il _____ C.F. _____;

   Intestatario 2 (2) _____nato a _____

   il _____ C.F. _____;

   ☐ assegno non trasferibile intestato a _____

   nato a _____ il _____

   (C.F. _____) presso

   il seguente domicilio_____ (1)

Eventuale modifica, integrazione e/o variazione di quanto sopra dichiarato, sarà comunicata tempestivamente all'ONAOSI.

Il/La sottoscritto/a allega: copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

CONTROLLI SULLA VERIDICITA' DELLE AUTODICHIARAZIONI/DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE

…l… dichiarante con la compilazione e sottoscrizione della presente autodichiarazione/dichiarazione sostitutiva, consapevole che, in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi di legge, gli atti saranno trasmessi dall'ONAOSI all'Autorità Giudiziaria per l'applicazione delle previste sanzioni penali e la Fondazione procederà alla revoca del beneficio concesso, nonché ad agire in giudizio per il risarcimento del danno,

PRESTA IL CONSENSO ED AUTORIZZA

l'ONAOSI ad effettuare i controlli sulla veridicità della presente autodichiarazione/dichiarazione sostitutiva, anche mediante richiesta - all'Agenzia delle Entrate/Ente/Amministrazione/Università/Soggetto, competente per il rilascio della relativa certificazione - di *"conferma scritta, anche attraverso l'uso di strumenti informatici o telematici, della corrispondenza di quanto dichiarato nella presente dichiarazione con le risultanze dei dati da essa custoditi"* (art. 71, comma 4, del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni).

_____ lì _____

Firma (3)

_____

(1) apporre una crocetta solo sulla voce che interessa;
(2) da compilare solo in caso di cointestazione del conto corrente;
(3) la firma è indispensabile, ma non deve essere autenticata.