

Modulo in autocertificazione (D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Domanda per l'ammissione nelle strutture ONAOSI degli assistiti e dei figli di sanitari contribuenti che frequentano corsi di formazione professionale post-diploma

Punteggio scuola	Punteggio 1° genitore	Punteggio 2° genitore
Verifica contributiva	Punteggio aggiuntivo	Punteggio totale

Spazio riservato all'ufficio

Spett. le Fondazione ONAOSI

Via Ruggero D'Andreatto, 18

06124 PERUGIA

Fax 075/5013832

...I... sottoscritt... nat... a il

C.F. residente in prov. di

C.A.P. via tel.

cell. e-mail (obbligatoria)..... @..... presso cui

elegge domicilio ai fini della presente istanza, in qualità di:

soggetto assistito ai sensi dell'art. 6 dello Statuto della Fondazione ONAOSI⁽¹⁾

figlio di Sanitario vivente contribuente obbligatorio⁽²⁾, o volontario⁽³⁾ della Fondazione, in regola con la contribuzione (da compilare solo da parte dei figli di contribuenti) figli... del/della Dr./Dr.ssa contribuente

obbligatorio volontario) dell'ONAOSI, iscritt... all'Albo dei..... dell'Ordine dei della provincia di

..... al n. visto l'Avviso prot. n..... del per l'ammissione nelle strutture ONAOSI di studenti diplomati che frequentano corsi di formazione professionale post-diploma - anno accademico 2016/2017 ed accettatene integralmente le condizioni, chiede di essere ammess... nella struttura di

A tal fine dichiara: (barrare la casella e compilare solo la parte che interessa)

- di aver conseguito il diploma di scuola secondaria di II grado nell'anno scolastico con voti/100
- di essere iscritt..., o di volersi iscrivere, per l'anno accademico 2016/2017, al anno del corso di formazione professionale in..... presso.....

...I... sottoscritt... dichiara inoltre di non essere iscritto ad un corso di laurea e di non essere in possesso di un titolo di laurea.

Si allega:

a) certificato di maturità con indicazione del voto, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione secondo il modello allegato;

b) certificazione o dichiarazione sostitutiva dalla quale risulti che lo scrivente è figlio di:

- sanitario (medico chirurgo, odontoiatra, veterinario, farmacista) contribuente obbligatorio (dipendente pubblico) iscritto all'Ordine professionale, in regola con la contribuzione ONAOSI e senza alcun tipo di contenzioso in materia contributiva nei confronti della Fondazione,
- ovvero sanitario (medico chirurgo, odontoiatra, veterinario, farmacista) contribuente volontario, in regola con la contribuzione ONAOSI e senza alcun tipo di contenzioso in materia contributiva nei confronti della Fondazione, il quale si impegna a versare la quota 2017 entro i termini fissati dall'ONAOSI;

...I... sottoscritt..., ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 del D. Lgs. N. 196 del 30 giugno 2003, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati contenuti nel presente modulo e negli allegati⁽⁴⁾

.....li

(Luogo)

(Data)

(firma dello/a studente/ssa).....⁽⁵⁾

1 Il titolo alle prestazioni deve essere già stato riconosciuto dalla Fondazione ONAOSI.

2 Sanitario (medico chirurgo, odontoiatra, veterinario, farmacista) contribuente obbligatorio (dipendente pubblico iscritto all'Ordine professionale), in regola con la contribuzione ONAOSI e senza alcun tipo di contenzioso in materia contributiva nei confronti della Fondazione.

3 Sanitario (medico chirurgo, odontoiatra, veterinario, farmacista) contribuente volontario, in regola con la contribuzione ONAOSI e senza alcun tipo di contenzioso in materia contributiva nei confronti della Fondazione, il quale si impegna a versare la quota 2017 entro i termini fissati dall'ONAOSI.

4 La mancanza del consenso al trattamento comporterà l'impossibilità di dar corso alla domanda;

5 La firma è indispensabile, ma non deve essere autenticata.

* * *

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

I Suoi dati personali saranno trattati sulla base dei principi di correttezza, liceità, trasparenza nel rispetto delle norme vigenti e nei limiti previsti dalla legge. Il titolare del trattamento dei dati è la Fondazione O.N.A.O.S.I. e ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di trattamento dei dati personali la informa che:

- i dati raccolti attraverso il modello di domanda per l'ammissione nelle strutture ONAOSI verranno trattati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici, solo per le finalità dell'ammissione nelle strutture ONAOSI espressamente indicate nel modello e nell'Avviso per l'ammissione e per il tempo strettamente necessario;
- il conferimento dei dati è facoltativo, ma il rifiuto di fornirli o di prestare il consenso al loro trattamento comporterà per la Fondazione l'impossibilità di prendere in considerazione la Sua istanza;
- i dati forniti non saranno comunicati né diffusi all'esterno, fatti salvi i casi previsti dalla legge e, comunque, con le modalità da questa consentite. Si evidenzia inoltre che la ditta In4matic s.r.l. – Via Breventano, 12 Pavia - in4matic@pec.in4matic.it, che si occupa della gestione tecnica dei dati è stata formalmente designata quale Responsabile esterno del trattamento dei dati ai sensi degli artt. 4, comma 1, lett. g) e 29 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196;
- all'interno della Fondazione potranno venire a conoscenza dei dati oltre gli Amministratori, i dipendenti dell'Amministrazione Centrale di Perugia, dei Centri Formativi, i collaboratori dell'O.N.A.O.S.I., formalmente designati come Responsabili o incaricati al trattamento, ai quali sono state impartite le necessarie istruzioni. In qualsiasi momento, in relazione ai dati conferiti, potrà esercitare i diritti di cui all'art.7 del D.Lgs 196/2003 inviando una comunicazione all'indirizzo postale della Fondazione o all'indirizzo mail: centri_formativi@onaosi.it;
- Responsabile del trattamento dei dati anche ai fini dell'eventuale riscontro è il Dirigente dell'Area dell'Assistenza.

* * *

MODELLO per DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI
(da compilare a cura dello studente aspirante ospite)

.....I..... sottoscritt..... nat... a

Il C.F. di nazionalità (2)

residente in provincia di

via C.A.P., consapevole che, in caso di dichiarazioni mendaci, gli atti saranno trasmessi all'autorità giudiziaria per l'applicazione delle previste sanzioni penali e l'ONAOI procederà alla revoca del beneficio concesso, nonché ad agire in giudizio per il risarcimento del danno, dichiara sotto la propria responsabilità, autorizzando espressamente la Fondazione a verificare la presente autocertificazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 ^{(5) (6)} (*barrare alternativamente le caselle e compilare solo la parte che interessa*):

- di aver conseguito il diploma di maturità presso l'Istituto di nell'anno scolastico con voti
- di essere iscritto per l'a/a 2016/2017 al anno del corso di formazione professionale in presso
- di essere figli, del/della dr./dr.ssa nat... a il

Allega copia fotostatica del seguente documento di riconoscimento in corso di validità: (8)

..... li.....
(Luogo) (Data)

(firma dello/a studente/ssa)..... (9)

* * *

MODELLO per DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI ⁽¹⁾
(da compilare a cura del genitore contribuente)

.....I..... sottoscritt..... nat... a il

C.F. di nazionalità (2)

residente in provincia di via

C.A.P. e-mail certificata/non certificata ⁽³⁾ @..... iscritto all'Albo ⁽⁴⁾

dei dell'Ordine dei della provincia di al n.

ricevuta l'informativa sulla privacy, consente al trattamento dei dati personali nei limiti e ai sensi del D. Lgs. 196/2003, e, consapevole che, in caso di dichiarazioni mendaci, gli atti saranno trasmessi all'autorità giudiziaria per l'applicazione delle previste sanzioni penali e l'ONAOI procederà alla revoca del beneficio concesso, nonché ad agire in giudizio per il risarcimento del danno, **dichiara sotto la propria responsabilità** autorizzando espressamente la Fondazione a verificare la presente autocertificazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, ^{(5) (6)} (*barrare le caselle e compilare solo la parte che interessa*):

- di essere genitore dello/a studente/ssa
- di aver prestato servizio quale dipendente dei seguenti Enti pubblici quale medico chirurgo, ovvero quale odontoiatra, ovvero quale veterinario, ovvero quale farmacista
 - (ente) (periodo dal/...../..... al/...../..... (7);
 - (ente) (periodo dal/...../..... al/...../..... (7);
- di prestare, alla data odierna, servizio quale dipendente del seguente Ente pubblico in maniera continuativa a far data dal (*indicare mese e anno di assunzione*), di essere in regola con la contribuzione e di non avere alcun tipo di contenzioso in materia contributiva nei riguardi dell'ONAOI.;
- (solo per i sanitari non pubblici dipendenti all'atto della domanda) che lo/a scrivente è iscritto quale contribuente volontario/a dell'ONAOI, non ha alcun tipo di contenzioso in materia contributiva nei riguardi della Fondazione, è in regola con la contribuzione e si impegna a pagare il contributo per l'anno 2017 nei termini fissati dall'ONAOI;
- che lo/a scrivente è stato, prima dell'anno 2003, contribuente volontario/a dell'ONAOI negli anni

Allega copia fotostatica del seguente documento di riconoscimento in corso di validità: (8)

In fede

..... li.....
(Luogo) (Data)

..... (9)
(firma del genitore contribuente)

* * *



NOTE PER LA COMPILAZIONE DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE di CERTIFICAZIONI

1. La presente dichiarazione deve essere presentata e sottoscritta dal sanitario genitore dell'aspirante ospite pagante.
2. Ai sensi dell'art. 3 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, le dichiarazioni sostitutive possono essere rese dai cittadini italiani e da altri stati dell'Unione Europea. Gli extracomunitari regolarmente soggiornanti in Italia possono effettuare "autocertificazioni" limitatamente agli stati, ai fatti ed alle qualità personali certificabili da parte di soggetti pubblici italiani;
3. Barrare la voce che non interessa. Specificare se trattasi di posta elettronica certificata o non certificata.
4. Specificare se trattasi di Ordine dei Farmacisti, Veterinari, o Medici Chirurghi ed Odontoiatri ed, in quest'ultimo caso, se il sanitario è iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi, ovvero a quello degli Odontoiatri;
5. Effettuare tutte le dichiarazioni sostitutive atte a comprovare il possesso dei requisiti richiesti per i quali non viene prodotta apposita certificazione;
6. Le dichiarazioni sostitutive devono essere complete e riportare tutti i dati necessari;
7. Specificare analiticamente la denominazione dell'ente ed il periodo di servizio. Nel caso in cui entrambi i genitori, siano, o siano stati, contribuenti, l'elencazione deve essere fatta separatamente per ciascun sanitario;
8. Le dichiarazioni inviate per posta o per fax sono valide solo se ad esse viene allegata copia di un documento di riconoscimento in corso di validità (documento d'identità, passaporto, ecc.);
9. La firma è indispensabile, ma non deve essere autenticata.