

MOD. 2

Al Direttore _____

Il/La sottoscritto/a

Dr/Dr.ssa _____

Matr. _____ nato/a _____ il _____

C.F. _____, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R.28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

Di essere stato/a dichiarato/a:

- in stato di inabilità permanente totale
- invalido civile al 100%

da _____ in data _____.

CHIEDE

di essere esonerato/a dal pagamento del contributo ONAOSI a decorrere dal _____.

Il/La sottoscritto/a si impegna, inoltre, a dare comunicazione, tempestivamente, della eventuale revisione o modifica della inabilità permanente totale o invalidità civile concessa. Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

N.B. Le dichiarazioni devono essere sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(data)

(firma per esteso leggibile)