

## ISTANZA DI RIMBORSO PER SANITARI INABILI/INVALIDI

Alla Fondazione ONAOSI  
Via R. D'Andreotto, 18

06124 PERUGIA

La/Il sottoscritta/o ..... nata/o a .....

il ..... C.F. .... cod. ONAOSI N° .....

Giusta la delibera consiliare n.32 del 19 giugno 2005 approvata dai Ministeri Vigilanti in data 09/02/2006 che ha stabilito tra l'altro:

1. *“di esonerare totalmente dalla contribuzione i Sanitari che versano in stato di inabilità permanente totale o invalidità civile al 100% comprovata da certificazione medica rilasciata da Enti o Amministrazioni che hanno titolo a norma di legge. Tale esonero decorrerà dal 01.08.2003;*
2. *di rimborsare ai Sanitari contribuenti di cui al precedente punto 1. che ne facciano richiesta, corredata di opportuna certificazione medica, le quote eventualmente già versate per gli anni 2003 e 2004”;*

### CHIEDE

di essere esonerato/a dalla contribuzione ONAOSI in quanto in possesso dello status di inabilità assoluta e permanente ovvero di invalidità civile al 100%, comprovato da certificazione medica, già agli atti della Fondazione Onaosi, rilasciata da Enti e Amministrazioni che hanno titolo a norma di legge.

**Il diritto all'esonero, quindi al rimborso delle somme versate, decorre dall'anno successivo a quello in cui è avvenuto il riconoscimento dello status di inabilità/invalidità.**

All'uopo indica di seguito i riferimenti utili al fine del suddetto rimborso.

DATA DI RICONOSCIMENTO DELLO STATUS DI INVALIDITA'/ INABILITA'	QUOTA CONTRIBUTIVA VERSATA	RIMBORSO RICHIESTO
	ANNO ..... € .....	
	ANNO ..... € .....	
	ANNO ..... € .....	

Modalità di rimborso:

Bonifico bancario - C/C n..... ABI..... CAB..... CIN.....

Intestato a: .....

Assegno circolare non trasferibile nominativo