

Prot. Uscita n.1212/24  
Del 25/01/2024

«Cognome» «Nome»  
«Via» «Civico» «Lettera»

«Cap» «Comune» («Prov»)  
Codice ONAOSI: «Cod\_Onaosi»

**Oggetto: contributo volontario ONAOSI 2024 – scadenza 31 marzo 2024.**

Gentile Dottoressa/Gentile Dottore,

Le trasmettiamo l'avviso di pagamento per il rinnovo della Sua quota volontaria Onaosi per l'anno 2024: l'accluso avviso di pagamento premarcato pagoPA è pagabile sia tramite canali fisici (banca, uffici postali, esercenti convenzionati) sia tramite canali online; per maggiori informazioni è possibile visitare il sito <https://www.pagopa.gov.it/cittadini/dove-pagare>.

Le ricordiamo che per l'accesso o il mantenimento del titolo alle prestazioni e/o ai servizi Onaosi, il versamento della quota deve essere effettuato **entro il termine regolamentare del 31 marzo 2024**.

#### QUOTE ANNUALI 2024

##### PER ANZIANITA' ORDINISTICA COMPLESSIVA FINO A 5 ANNI

- € 227,90 annui per reddito complessivo individuale superiore a € 60.000,00;
- € 209,70 annui per reddito complessivo individuale superiore a € 40.000,00 ed inferiore/uguale a € 60.000,00;
- € 101,50 annui per reddito complessivo individuale superiore a € 20.000,00 ed inferiore/uguale a € 40.000,00;
- € 33,80 annui per reddito complessivo individuale inferiore/uguale a € 20.000,00.

##### PER ANZIANITA' ORDINISTICA COMPLESSIVA SUPERIORE A 5 ANNI

- € 227,90 annui per reddito complessivo individuale superiore a € 60.000,00;
- € 209,70 annui per reddito complessivo individuale superiore a € 40.000,00 ed inferiore/uguale a € 60.000,00;
- € 164,50 annui per reddito complessivo individuale superiore a € 20.000,00 ed inferiore/uguale a € 40.000,00;
- € 52,60 annui per reddito complessivo individuale inferiore/uguale a € 20.000,00.

##### PER ETA' SUPERIORE A 67 ANNI ED ANZIANITA' CONTRIBUTIVA ONAOSI DI 30 ANNI

- € 227,90 contributo vitalizio *una tantum* per età superiore ai 67 anni - anzianità contributiva complessiva (obbligatoria e/o volontaria) di almeno 30 anni – nessun rapporto convenzionale in corso con la Pubblica Amministrazione.

**N.B. In caso di possesso alla data del 31.12.2023 dei requisiti di reddito e anzianità ordinistica che danno titolo alla riduzione della quota (inferiore ad € 227,90) per il 2024, gli stessi vanno autocertificati con l'acclusa dichiarazione sostitutiva, in allegato alla presente, da restituire all'Onaosi entro trenta giorni dal termine per la presentazione del Modello Unico PF 2024, tramite posta elettronica e/o posta ordinaria agli indirizzi indicati a margine.**

Le segnaliamo che potrebbe ravvisare un importo complessivo del bollettino premarcato maggiore rispetto alla singola quota annuale 2024, conseguenza del fatto che in alcuni e sporadici casi è stato sommato alla quota ordinaria annuale l'ammontare dell'integrazione e/o di eventuali importi residuali ad oggi non versati.

Qualora Le risultasse comunque dovuta una quota diversa da quella indicata, non utilizzi il bollettino premarcato ma effettui il pagamento mediante le seguenti coordinate bancarie:

c/c bancario c/o Banca Monte dei Paschi di Siena SpA – Via XX Settembre, 77						
IBAN (coordinate bancarie internazionali)	PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N° CONTO
		IT	11	G	01030	03000
INTESTAZIONE	"FONDAZIONE ONAOSI 06124 PERUGIA"					
CODICE BIC (da estero)	PASCITMMPER					

indicando SEMPRE nella causale "quota 2024" ed il Suo codice ONAOSI (v. in alto a destra), ricordando di inviare l'autocertificazione in allegato alla presente, debitamente compilata unicamente qualora versasse un importo diverso/inferiore rispetto alla quota ordinaria di € 227,90.

Le ricordiamo, inoltre, che la domiciliazione bancaria (SEPA-SDD) – addebito diretto della quota, alla scadenza, sul proprio conto corrente bancario – è la forma di pagamento più comoda e più sicura per non dimenticare le scadenze. Per attivarla, con decorrenza dall'anno 2024 è necessario restituire, entro il termine del 10 marzo 2024, il modulo reperibile al seguente indirizzo: [www.onaosi.it/domiciliazionebancaria2024.pdf](http://www.onaosi.it/domiciliazionebancaria2024.pdf)


./.

Per la verifica della Sua posizione contributiva può contattare il competente Ufficio amministrativo dal Lunedì al Mercoledì (9.00 – 13.00; 15.00 – 17.00) – Giovedì e Venerdì (9.00 – 13.00) ai seguenti numeri: 075 58.69.235 – 075 5002091 - centralino 075 5869511.  
Informazioni e modulistica sono scaricabili dal sito [www.onaosi.it](http://www.onaosi.it)

Per ricevere tutte le informazioni sulle attività istituzionali della Fondazione direttamente al Suo indirizzo di posta elettronica, La invitiamo ad iscriversi alla newsletter accedendo nell'apposita sezione del sito internet, compilando il modulo di iscrizione in tutte le sue sezioni.

**Le segnaliamo, altresì, l'attivazione dell'Area Riservata agli iscritti tramite l'accesso al seguente indirizzo:**  
<https://areacontribuenti.onaosi.it>

Nel ringraziarLa dell'attenzione porgiamo cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Francesco Tavernese  


*Resp. Ufficio Contribuzione Volontaria  
f.to Cinzia Scoscia  
Resp. Area Ricavi e Contribuzione  
f.to Giuseppe Nardi*



# Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione

## Contribuzione volontaria anno 2024

Spazio riservato all' O.N.A.O.S.I.

Codice Anagrafico O.N.A.O.S.I.

--	--	--	--	--	--

Sepa  PagoPA

FONDAZIONE  
**ONAOSI**

(da inviare solo se si ha diritto a riduzione della quota annuale o al versamento vitalizio)

**Io sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

Codice Fiscale .....

Residente a..... Prov. ( ..... ) in Via .....n.....C.A.P. [ ][ ][ ][ ][ ]

Cell. .... Tel. ....

e-mail..... e-mail PEC .....

**Eventuale diverso indirizzo per comunicazioni:**

Via..... n. .... Prov. (.....) C.A.P. [ ][ ][ ][ ]

ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del citato DPR

**DICHIARO**

al fine di beneficiare della facoltà di versare in misura ridotta o vitalizia la quota ONAOSI, di essere in possesso dei seguenti requisiti:

**1) ANZIANITA' ORDINISTICA**

Riferita alla prima iscrizione assoluta ad un Ordine dei Medici Chirurghi, Odontoiatri, Farmacisti o Medici Veterinari

<input type="checkbox"/> inferiore/uguale a 5 anni;	Quota per: prima iscrizione ad un Ordine Professionale da <b>meno di 5 anni</b>	Quota per: prima iscrizione ad un Ordine Professionale da <b>più di 5 anni</b>
<input type="checkbox"/> superiore a 5 anni;		

**2) REDDITO (\*)**

<input type="checkbox"/> superiore a € 40.000,00 ed inferiore/uguale a € 60.000,00;	<b>€ 209,70</b>	<b>€ 209,70</b>
<input type="checkbox"/> superiore a € 20.000,00 ed inferiore/uguale a € 40.000,00;	<b>€ 101,50</b>	<b>€ 164,50</b>
<input type="checkbox"/> inferiore/uguale a € 20.000,00	<b>€ 33,80</b>	<b>€ 52,60</b>

(\*) Reddito complessivo individuale riferito all'anno precedente (2023), secondo l'art. 8 DPR 22.12.1986 n. 917 (TUIR), al lordo degli oneri deducibili e delle ulteriori deduzioni previste dal TUIR.

**3) ETA' ANAGRAFICA/ANZIANITA' CONTRIBUTIVA (IN ALTERNATIVA AI PUNTI 1 E 2)**

Età superiore a 67 anni (compiuti al 31/12 dell'anno precedente a quello di riferimento), nessun rapporto convenzionale in corso con la Pubblica Amministrazione e anzianità contributiva (ONAOSI) complessiva\*\* (obbligatoria e/o volontaria) di almeno trenta (30) anni con diritto a versare "una tantum" la **quota vitalizia** di **€ 227,90**.

\*\*Se i 30 anni di contributi ONAOSI, o parte di essi, sono stati versati mediante "trattenuta in busta paga" ( con uno o più rapporti di Pubblica Dipendenza), si prega di compilare la sottostante parte del modulo.

Ex Pubblico Dipendente presso (indicare struttura/e):.....

Data inizio rapporto: ...../...../.....

Data fine rapporto: ...../...../.....

Allego copia fotostatica del seguente documento di riconoscimento in corso di validità(\*\*\*).....  
Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data ..... Firma (leggibile) .....

(\*\*\*) Le dichiarazioni inviate per posta sono valide solo se corredate di copia di un documento di riconoscimento in corso di validità munito di fotografia rilasciato da un' Amministrazione dello Stato.

Inviare tramite indirizzo di posta elettronica: [contributi@onaosi.it](mailto:contributi@onaosi.it) – Pec: [contributi@pec.onaosi.it](mailto:contributi@pec.onaosi.it) oppure spedire a:  
Fondazione ONAOSI Via R. D'Andreotto, 18 – 06124 - Perugia

compilare in stampatello

barrare solo una delle caselle

compilare sempre