



Servizio Sanitario Nazionale  
Regione Siciliana  
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento  
Tel. 0922 407111 \* Fax 0922 401229

P.Iva e C.F. 02570930848

\*\*\*\*\*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ (art. 47, DPR n. 445/2000)**

**RICHIESTA DI INDENNITÀ UNA TANTUM (art. 2 Bis D.L. 9/8/2024 n. 113 come modificato dall'art. 2  
Bis D.L. 14/11/2024 n. 167)**

Il/la sottoscritta ..... CF:.....,  
dipendente dell'azienda ..... in relazione alle disposizioni contenute nel D.L. n. 113/2024,  
convertito con modificazioni dalla legge n. 143 del 07/10/2024, consapevole delle sanzioni penali previste in caso  
di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti uso di atti falsi, (art.76 d.p.r. 445/28.12.2000)

**dichiara sotto la propria responsabilità**

- [ ] di essere titolare di un rapporto di lavoro dipendente  
[ ] di avere un reddito complessivo non superiore a 28.000 euro  
[ ] di avere un'imposta loda superiore alla detrazione da lavoro dipendente  
[ ] di avere almeno un figlio, anche se nato fuori dal matrimonio, riconosciuto, adottivo, affiliato o affidato,  
fiscalmente a carico  
[ ] che il coniuge (se presente) sig.\_\_\_\_\_ nato a\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_  
**codice fiscale**\_\_\_\_\_, non legalmente ed effettivamente separato, convivente  
**non sia beneficiario della stessa indennità**

**richiede**

[ ] sotto la sua responsabilità l'applicazione del bonus 100 euro (riparametrato in base ai mesi lavorati nel 2024)  
nella busta paga di dicembre, contestualmente alla tredicesima.

Di seguito indica nominativo del figlio a carico con relativo codice fiscale:

1. Figlio ..... CF:.....

**Le istanze non redatte conformemente al presente modello non saranno valutate.**

Le istanze devono pervenire all'indirizzo pec: ***risorseumane@pec.aspag.it***

Luogo e data\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_