

LAVORATORI AUTONOMI ISCRITTI ALLA GESTIONE SEPARATA(Ex Legge 335/95)
DOMANDA DI ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE (art.59,c.16,L.449/97 - art.5 D.M. 4.4.2002)
PERIODO DAL _____ AL _____

SEDE DI _____

Copia conforme al modello ministeriale - www.inps.it

A DATI ANAGRAFICI DEL/DELLA RICHIEDENTE						
COGNOME		NOME		COGNOME DEL MARITO		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
M/F	DATA DI NASCITA	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROV.	CITTADINANZA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
INDIRIZZO (Via, Fraz. Piazza, etc, N. civico)				CAP	COMUNE (O STATO ESTERO) DI RESIDENZA	
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	CELIBE/NUBILE	<input type="checkbox"/>	CONIUGATO/A	<input type="checkbox"/>	VEDOVO/A	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	SEPARATO/A LEGALMENTE	<input type="checkbox"/>	DIVORZIATO/A	<input type="checkbox"/>	ABBANDONATO/A	

B DATI RELATIVI ALL'ATTIVITA' LAVORATIVA AUTONOMA			
TIPO DI ATTIVITA':			
<input type="checkbox"/>	COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA	<input type="checkbox"/>	ATTIVITA' PROFESSIONALE
<input type="checkbox"/>	ASSOCIATO IN PARTECIPAZIONE		
DATA DI ISCRIZIONE ALLA GESTIONE SEPARATA	<input type="text"/>	EMOLUMENTI PERCEPITI NELL'ANNO (1)	<input type="text"/>
		TOTALE	<input type="text"/>
		(EURO)	
(1) Indicare l'anno in cui è compreso il periodo oggetto della domanda.			

C DATI RELATIVI ALLA MODALITA' DI PAGAMENTO PRESCELTA DAL/DALLA RICHIEDENTE			
<input type="checkbox"/>	A MEZZO ASSEGNO CIRCOLARE		
<input type="checkbox"/>	A MEZZO ACCREDITO SUL CONTO CORRENTE BANCARIO / POSTALE		
CIN(1)	CODICE ABI (2)	CODICE CAB (3)	CODICE CLIENTE (4)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(1) costituito da una sola lettera, es. A, B etc; (2) costituito da cinque numeri che identificano la Banca/Posta; (3) costituito da cinque numeri che identificano l'agenzia presso cui il/la richiedente ha il conto corrente; (4) costituito da massimo dodici caratteri che identificano il numero di conto corrente del/della richiedente.			

D DATI RELATIVI ALLA COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE DEL/DELLA RICHIEDENTE							
	COGNOME E NOME DEI COMPONENTI IL NUCLEO (compreso il/la richiedente)	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	COMUNE o STATO ESTERO DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA	INABILE (1)	RESIDENTE ALL'ESTERO (2)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

(1) Barrare la casella se il componente è inabile. (2) Barrare la casella se il componente risiede all'estero.

N.B. I nominativi del responsabile del procedimento e del responsabile del provvedimento potranno essere rilevati dagli avvisi al pubblico esposti nei locali degli uffici INPS, competenti per la successiva trattazione della pratica, presso i quali l'assicurato/a può rivolgersi per prendere visione e chiedere informazioni sulla domanda, anche telefonicamente.

E DATI RELATIVI AI REDDITI CONSEGUITI DAL/DALLA RICHIEDENTE E DAI COMPONENTI IL NUCLEO

NELL'ANNO/ANNI _____ / _____ IL/LA RICHIEDENTE E GLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE ANNO CONSEGUITO REDDITI NO SI
 (in caso affermativo specificare il reddito)

TITOLARE DEI REDDITI	ANNO _____				ANNO _____			
	1	2	3	4	1	2	3	4
	REDDITO DA LAVORO PARASUBORDINATO	REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	ALTRI REDDITI	REDDITO COMPLESSIVO	REDDITO DA LAVORO PARASUBORDINATO	REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	ALTRI REDDITI	REDDITO COMPLESSIVO
Richiedente								
Coniuge								
Familiari								
TOTALE								

F MANDATO DI ASSISTENZA E RAPPRESENTANZA

L. SOTTOSCRITT DELEGA IL PATRONATO _____ A RAPPRESENTARL ED ASSISTERL GRATUITAMENTE PER LO SVOLGIMENTO DELLA PRATICA RELATIVA ALL'OGGETTO DELLA PRESENTE DOMANDA. INOLTRE, AVENDO RICEVUTO, A NORMA DI QUANTO PREVISTO DALL'ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 196/2003, L'INFORMATIVA SUL "TRATTAMENTO" DEI PROPRI DATI PERSONALI, IVI COMPRESI I DATI SENSIBILI DI CUI ALL'ART. 4 DEL DECRETO MEDESIMO: CONSENTE IL LORO "TRATTAMENTO" PER IL CONSEGUIMENTO DELLE FINALITA' DEL PRESENTE MANDATO E DEGLI SCOPI STATUTARI DEL PATRONATO; 2) CONSENTE CHE GLI STESSI SIANO COMUNICATI ALL'INPS; 3) CONSENTE ALL'INPS IL "TRATTAMENTO" DEI DATI MEDESIMI PER GLI ADEMPIMENTI DEGLI OBBLIGHI PREVISTI DALLA NORMATIVA; 4) CONSENTE LA COMUNICAZIONE DEI DATI AD ALTRI ENTI COMPETENTI ALLA TRATTAZIONE DELLA PRATICA; 5) CONSENTE IL TRASFERIMENTO ALL'ESTERO DEI DATI NEI CASI DI PRESTAZIONI IN REGIME INTERNAZIONALE; 6) NON CONSENTE QUANTO INDICATO AI PUNTI _____

data _____ firma _____

TIMBRO DEL PATRONATO FIRMA DELL'OPERATORE AUTORIZZATO A RICEVERE IL MANDATO NUMERO PRATICA

G DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL/DELLA RICHIEDENTE

Preso atto dell'informativa fornitami ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30.06.2003 n. 196, acconsento, qualora necessario, all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente la richiesta. 1) Al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) Al trattamento dei miei dati sensibili all'estero; 3) Alla comunicazione dei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e di archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) Alla comunicazione dei miei dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali. **Consapevole del fatto che il mancato consenso** può comportare l'impossibilità di definire o notevole ritardo nella definizione della presente richiesta, non consento a quanto indicato ai punti 1 2 3 4

Consapevole della responsabilità civile e penale per dichiarazioni mendaci e falsità in atti, ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, **dichiaro** che le notizie fornite rispondono a verità. Le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni. In caso di dichiarazioni false, il cittadino può subire una condanna penale e decade da eventuali benefici ottenuti con la autocertificazione. **Mi impegno altresì**, a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione autocertificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.

data _____ firma _____

H DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL CONIUGE DEL/DELLA RICHIEDENTE

L. SOTTOSCRITT, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO DICHIARAZIONI FALSE, **DICHIARA** DI NON PERCEPIRE E DI NON AVER RICHIESTO ALCUN TRATTAMENTO DI FAMIGLIA COMUNQUE DENOMINATO, ITALIANO O ESTERO, PER LE PERSONE INDICATE AL QUADRO "D". IN CASO DI RICHIESTA DEL TRATTAMENTO DI FAMIGLIA PER LE PREDETTE PERSONE, PER IL PERIODO DI VALIDITA' DELLA PRESENTE DOMANDA, SI IMPEGNA A DARNE IMMEDIATA COMUNICAZIONE, CON IL MOD. ANF VAR, ALLA SEDE INPS CUI E' RIVOLTA LA PRESENTE DOMANDA.

data _____ firma _____

I EVENTUALI COMUNICAZIONI

Copia conforme al modello ministeriale - www.inps.it

STUDIO 74 - Tel. 0445 540523 Fax 0445 540515 - www.studio74.it

I **RICHIESTA DEL CONIUGE DELL'AVENTE DIRITTO ALL'EROGAZIONE DELL'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE**

IL SOTTOSCRITTO

Cognome _____ Nome _____ Sesso (M/F) _____

Data di nascita _____ Comune o stato estero di nascita _____ Prov. _____

Cittadinanza _____ Codice fiscale _____ Indirizzo _____ Num. civ. _____

Cap _____ Comune di residenza _____ Prov. _____ Telefono con prefisso _____

IN QUALITA' DI CONIUGE DELL'AVENTE DIRITTO DICHIARA, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO DICHIARAZIONI FALSE, DI NON ESSERE TITOLARE DI UN AUTONOMO DIRITTO ALLA CORRESPONSIONE DELL'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE, CHIEDE IL PAGAMENTO DELL'ASSEGNO AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 559, DELLA LEGGE 30 DICEMBRE 2004, N. 301

MODALITA' DI PAGAMENTO

Assegno circolare / Sportello postale

CIN _____

Cod. ABI/ PT _____

CODICE CAB _____

CODICE CLIENTE _____

Accredito sul c/c bancario / postale

Data _____

Firma _____

L **EVENTUALI COMUNICAZIONI**

RICEVUTA DOMANDA MOD. ANF/GEST. SEP.

SEDE DI _____

IL/LA SIG _____

HA PRESENTATO IN DATA ODIERNA DOMANDA DI ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE ALLEGANDO LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- N** ____ DICHIARAZIONE/I SOSTITUTIVA/E
- N** ____ DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'
- N** ____ DICHIARAZIONE/I DEL/DEI COMMITTENTE/I
- N** ____ CERTIFICATO/I SANITARIO/I PER INABILITA' **N** ____ MOD. SS 3/AF
- N** ____ RICEVUTE VERSAMENTI CONTRIBUTIVI (COPIA)
- N** ____ DENUNCE ANNUALI (COPIA)
- _____
- _____

Timbro a datario

Firma dell'impiegato _____