



Istituto Nazionale Previdenza Sociale

DOMANDA DI ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE
PERIODO DAL AL

VARIAZIONE SITUAZIONE NUCLEO FAMILIARE DAL

(fornire le notizie e barrare le caselle che interessano)

SEDE DI _____

A DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

COGNOME NOME

M/F COGNOME DEL MARITO CODICE FISCALE

DATA DI NASCITA COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA PROV. CITTADINANZA

INDIRIZZO (Via, Fraz. Piazza, etc, N. civico) CAP COMUNE DI RESIDENZA (O STATO ESTERO DI RESIDENZA) PROV.

CELIBE / NUBILE CONIUGATO VEDOVO SEPARATO LEGALMENTE DIVORZIATO ABBANDONATO

B DATI RELATIVI ALL'EVENTUALE ISCRIZIONE DEL RICHIEDENTE NEGLI ELENCHI AGRICOLI
(da compilare soltanto nel caso in cui si verifica tale circostanza)

E' ISCRITTO (O HA TITOLO AD ESSERE ISCRITTO) NEGLI ELENCHI DEI:

LAVORATORI AGRICOLI DIPENDENTI DEL COMUNE DI

COLTIVATORI DIRETTI, MEZZADRI E COLONI DEL COMUNE DI

C 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 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.

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

NELL'ANNO IL RICHIEDENTE E GLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE HANNO CONSEGUITO REDDITI NO SI
(in caso affermativo specificare i redditi)

TITOLARE DEI REDDITI	REDDITI ASSOGGETTABILI ALL'IRPEF				REDDITI ESENTI DA IMPOSTA O SOGGETTI A RITENUTA ALLA FONTE A TITOLO D'IMPOSTA O IMPOSTA SOSTITUTIVA			
	1	2	3	4	5	6	7	8
	REDDITO DA LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATI	ALTRI REDDITI	MOD. FISCALE	REDDITO COMPLESSIVO	REDDITO DA LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATI	ALTRI REDDITI	MOD. FISCALE	REDDITO COMPLESSIVO
Richiedente								
Coniuge								
Familiari								
TOTALE								

Copia conforme al modello ministeriale - www.inps.it

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

E DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL RICHIEDENTE

IL RICHIEDENTE, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO DICHIARAZIONI FALSE, DICHIARA CHE LE NOTIZIE FORNITE RISPONDONO A VERITA'. SI IMPEGNA ALTRESI' A COMUNICARE, ENTRO 30 GIORNI DAL SUO VERIFICARSI, QUALSIASI VARIAZIONE DOVESSE INTERVENIRE NELLA SITUAZIONE SOPRADESCRITTA. E' CONSAPEVOLE CHE LA MANCATA O TARDIVA COMUNICAZIONE DI TALI VARIAZIONI COMPORTERA' IL RECUPERO DELLE SOMME PERCEPITE INDEBITAMENTE. DICHIARA INOLTRE QUANTO SEGUE:

NON PERCEPISCE, NE' ALTRE PERSONE PERCEPISCONO TRATTAMENTI DI FAMIGLIA COMUNQUE DENOMINATI, ITALIANI O ESTERI PER LE PERSONE INDICATE AL QUADRO "C".

PERCEPISCE / HA RICHiesto IL TRATTAMENTO DI FAMIGLIA PER LE PERSONE INDICATE AL QUADRO "C" AI NUMERI

PER UN IMPORTO MENSILE DI EURO

EROGATO DA

(indicare l'Ente e in caso di trattamento estero, lo Stato che lo corrisponde)

IL / LA

COGNOME NOME

NATO/A IL A

PERCEPISCE / HA RICHiesto IL TRATTAMENTO DI FAMIGLIA PER LE PERSONE INDICATE AL QUADRO "C" AI NUMERI

PER UN IMPORTO MENSILE DI EURO

EROGATO DA

(indicare l'Ente e in caso di trattamento estero, lo Stato che lo corrisponde)

DATA, FIRMA _____

F DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL CONIUGE DEL RICHIEDENTE

IL SOTTOSCRITTO, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO DICHIARAZIONI FALSE, DICHIARA CHE:

NON PERCEPISCE E NON HA RICHiesto ALCUN TRATTAMENTO DI FAMIGLIA COMUNQUE DENOMINATO, ITALIANO O ESTERO PER LE PERSONE INDICATE AL QUADRO "C". IN CASO DI RICHIESA DEL TRATTAMENTO DI FAMIGLIA PER LE PREDETTE PERSONE, PER IL PERIODO DI VALIDITA' DELLA PRESENTE DOMANDA, SI IMPEGNA A DARNE IMMEDIATA COMUNICAZIONE AL DATORE DI LAVORO DEL CONIUGE.

PERCEPISCE / HA RICHiesto IL TRATTAMENTO DI FAMIGLIA PER LE PERSONE INDICATE AL QUADRO "C" AI NUMERI

PER UN IMPORTO MENSILE DI EURO

EROGATO DA

(indicare l'Ente e in caso di trattamento estero indicare lo Stato che lo corrisponde)

DATA, FIRMA _____

G RICHIESTA DEL CONIUGE DELL'AVENTE DIRITTO ALL'EROGAZIONE DELL'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME NOME SESSO

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

Accreditato sul c/c bancario / postale

CIN Cod. ABI/ PT CODICE CAB CODICE CLIENTE

DATA _____ FIRMA _____

Copia conforme al modello ministeriale - www.inps.it

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

H	EVENTUALI COMUNICAZIONI

RISERVATO AL DATORE DI LAVORO

DATI PER LA DETERMINAZIONE DELL'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE

N. COMPONENTI	REDDITO COMPLESSIVO	TOTALE REDDITO DA LAVORO DIPENDENTE	N. TABELLA	IMPORTO DA CORRISPONDERE	DATA DI SCADENZA
IL NUCLEO	(COL. 4+COL.8)	(COL. 1+COL.5)	%	PER ANF	(1)

DATA FIRMA _____

(1) DA INDICARE IN CASO DI COMPIMENTO DELLA MAGGIORE ETA' DEI MINORI E IN CASO DI SCADENZA DELL'AUTORIZZAZIONE

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 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 dagli 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 _____

Copia conforme al modello ministeriale - www.inps.it

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