

Domanda Assegno per il Nucleo Familiare periodo dal _____ al _____

Dati anagrafici richiedente MATRICOLA N° _____ <small>(dichiarazione sostitutiva della certificazione ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000)</small>					
Cognome:			Nome:		
Codice Fiscale:			Cittadinanza:		
Nato/a il:		a:		Prov:	Stato:
Residenza					
Indirizzo:			CAP:	Comune:	Prov:
Telefono ufficio:		Telefono casa:		Cellulare:	
Stato civile					
Celibe/Nubile	Coniugato/a	Vedovo/a	Separato/a	Divorziato/a	Abbandonato/a

Altri componenti il nucleo familiare (oltre al richiedente)						
N°	Cognome Nome	Codice Fiscale	Nato/a il Nato/a a	Parentela ¹	Residente con rich. ²	Inabile SI/NO ³
2						
3						
4						
5						
6						
7						

¹ Indicare il grado di parentela con il richiedente (es.: coniuge, figlio/a, etc.)

² Indicare SI se residente con il richiedente; in caso contrario scrivere NO ed indicare la residenza nell'apposito spazio sottostante

³ Indicare SI se il familiare maggiorenne è stato riconosciuto inabile, ovvero, se minorenni, ha "persistente difficoltà a svolgere i compiti o le funzioni proprie della sua età"

Residenza altri componenti il nucleo familiare (se non residenti con il richiedente)					
N°	Indirizzo	CAP	Comune	Prov.	Stato

Dati relativi ai redditi conseguiti dal/la richiedente e dagli altri componenti il nucleo familiare				
Nell'anno 20.....	Non abbiamo conseguito redditi		Abbiamo conseguito i seguenti redditi	
Redditi IRPEF				
Titolare dei redditi	Redditi da lavoro dipendente ed assimilati	Altri redditi	Mod. fiscale	Reddito complessivo
	- 1 -	- 2 -	- 3 -	- 4 -
Richiedente				
Coniuge				
Familiari				
Totale				
Redditi esenti da imposta o soggetti a ritenuta alla fonte a titolo di imposta od imposta sostitutiva (da indicare solo se i redditi superano complessivamente 1.032,91 Euro)				
Richiedente				
Coniuge				
Familiari				
Totale				

Dichiarazione di responsabilità del/la richiedente (DPR n. 455 del 28/12/2000)	
<p>Il/La richiedente, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara che le notizie fornite in questo modulo corrispondono a verità, e si impegna altresì a comunicare, entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione sopra descritta. È inoltre consapevole che le Pubbliche Amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti. Dichiara inoltre che:</p> <p>non percepisce, né altre persone percepiscono trattamenti di famiglia comunque denominati, italiani o esteri, per le persone indicate nella composizione del nucleo familiare</p> <p>percepisce/ha richiesto all'Ente/Stato estero il trattamento di famiglia per le persone del nucleo familiare indicate ai numeri</p> <p>altro componente il nucleo familiare: Cognome Nome</p> <p>Codice Fiscale percepisce o ha chiesto il trattamento di famiglia</p>	

Data

Firma richiedente

Dichiarazione di responsabilità del coniuge o dell'altro genitore se convivente con il/la richiedente (allegare copia di un documento di identità) (artt. 48, 73, 75, 76 DPR 445/2000)	
<p>Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____ consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara che:</p> <p>non percepisce, né altre persone percepiscono trattamenti di famiglia comunque denominati, italiani o esteri, per le persone indicate nella composizione del nucleo familiare. In caso di richiesta del trattamento di famiglia per tali persone, per il periodo di validità della domanda, mi impegno a dare comunicazione immediata al datore di lavoro del coniuge</p> <p>percepisce/ha richiesto all'Ente/stato estero il trattamento di famiglia per le persone del nucleo familiare indicate ai numeri</p>	

Data

Firma coniuge o altro genitore