**MODELLO DI DOMANDA ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE**

****

Al



DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | *(Compilare e barrare le caselle)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | cognome e nome |  |  |  |  |  |  |  |  |  | codice fiscale |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | luogo e data di nascita |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | celibe/nubile |  |  |  | coniugato/a |  | vedovo/a |  |  | separato/a |  | divorziato/a |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | in servizio presso |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | tel.uff. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | titolare di pensione - iscrizione n° |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | CHIEDE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | l'attribuzione |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | la rideterminazione |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | dell'assegno per il nucleo familiare a decorrere dal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | *(Compilare)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | cognome e nome |  |  | relazione di parentela | data di nascita |  | posiz. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (\*) |  |  |
|  | 1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | *(richiedente)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 2) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 3) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 4) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 5) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 6) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 7) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 8) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 9) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 10) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 11) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 12) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



* per ogni componente indicare, se presente, una o più delle seguenti posizioni:

"S": studente. Per i figli di età compresa fra i 18 e i 21 anni aggiungere la lettera "M".

"A":

"I":

"O":

apprendista. Per i figli di età compresa fra i 18 e i 21 anni aggiungere la lettera "M".

persona che si trova, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, nell'assoluta e perma-

nente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro ovvero minorenne con difficoltà per-

sistente a svolgere le funzioni proprie della sua età (si allega, in quanto non ancora pre-

sentata, la certificazione - o copia autenticata - rilasciata dalle competenti Commissioni

sanitarie.

orfano/a



DETERMINAZIONE DEL REDDITO FAMILIARE ANNUO

*(Compilare)*

Vanno considerati i redditi - assoggettabili ad Irpef, compresi quelli a tassazione separata, al lordo degli oneri deducibili e delle detrazioni d'imposta nonché i redditi esenti da imposta o assoggettati ad imposta sostitutiva, in quanto di importo superiore ed euro 1.032,91 annui (già lire 2.000.000) - percepiti dai componenti il proprio nucleo familiare indicati nel precedente riquadro,

nell'anno

redditi dichiarante coniuge (\*) altri familiari (\*\*) totali

1. redditi da lavoro dipendente e assimilati
2. redditi a tassazione separata

3) altri redditi

4) redditi esenti

totali

REDDITO COMPLESSIVO

* coniuge non legalmente ed effettivamente separato.
* figli ed equiparati minorenni, maggiorenni fino a 21 anni studenti o apprendisti, maggiorenni inabili. fratelli, sorelle, nipoti, orfani minorenni o maggiorenni inabili.

NOTE PER L'INDIVIDUAZIONE DEI REDDITI

1. importi di cui ai punti 1, 2, 4, 5 della C.U. 20….
2. importo di cui al punto 511 della C.U. 20…

sono esclusi i trattamenti di fine rapporto e le anticipazioni su tali trattamenti

1. importi desumibili dai vigenti modelli fiscali (per il mod.730 vedere mod.730-3, righi 1, 2, 3, 5, 6, 7, 147 e 148; per il modello PERSONE FISICHE vedere i dati riportati nei singoli quadri)
2. importo di cui al punto 467 ed eventuale importo esposto nelle annotazioni con descrizione "reddito esente" della C.U. 20…; vanno inclusi anche i redditi assoggettati a ritenuta d'imposta alla fonte o ad imposta sostitutiva (interessi su depositi, su titoli, ecc.) se superiori, complessivamente, ad euro 1.032,91 annui

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL CONIUGE

*(Compilare e barrare la casella)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Il/La sottoscritt |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | cognome e nome |  | luogo e data di nascita |  |
|  | consapevole delle sanzioni previste per coloro che rendono attestazioni false, |  |
|  |  |  |  |  | DICHIARA sotto la propria responsabilità che: |  |
|  |  |  | per i soggetti indicati nella tabella della composizione del nucleo familiare non ha richiesto né |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | richiederà altro trattamento di famiglia. |  |  |  |
|  | Data |  |  |  | Firma del coniuge |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL RICHIEDENTE |  |
|  |  |  |  |  | *(Compilare e barrare le caselle)* |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Il/La sottoscritt |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | cognome e nome |  | luogo e data di nascita |  |
|  | consapevole delle sanzioni previste per coloro che rendono attestazioni false, |  |
|  |  |  |  |  | DICHIARA sotto la propria responsabilità che: |  |
|  |  |  | per i soggetti indicati nella tabella della composizione del nucleo familiare non ha richiesto né |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | richiederà altro trattamento di famiglia. |  |  |  |
|  |  |  | per i soggetti indicati nella tabella della composizione del nucleo familiare non è stato richiesto |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | altro trattamento di famiglia da parte di persone che non compongono il nucleo familiare (ex |  |
|  |  |  | coniuge, coniuge separato, convivente o altri); |  |  |  |
|  |  |  | le notizie indicate nel presente modello di domanda sono complete e veritiere; |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | si impegna a segnalare le variazioni della situazione dichiarata entro 30 giorni. |  |
|  |  |  |  |
|  | Data |  |  |  | Firma del richiedente |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Data |  |  |  | Firma del richiedente |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

N.B.: Le istanze e le dichiarazioni devono essere sottoscritte in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate o inviate unitamente a copia del documento di riconoscimento di ciascuno dei sottoscrittori. Resta ferma la facoltà dell'amministrazione di sottoporre a verifica le notizie indicate nel presente modello di

domanda.