

Matricola

Ai fini della corresponsione dell'Assegno Nucleo Familiare e' necessario rinnovare la richiesta con preghiera di consegnare l'originale, debitamente compilato e sottoscritto, all'Ufficio Gestione Risorse Umane della Sede Centrale.

DICHIARAZIONE PER LA CORRESPENSIONE DELL'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE  
( periodo 01/07/2020 - 30/06/2021 )

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
stato civile (1) \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
agli effetti della corresponsione dell'assegno per il nucleo familiare di cui all'art. 2 del D.L. 13/3/1988,  
n. 69 convertito in Legge 13/5/1988, n. 153

DICHIARA

- che i componenti del proprio nucleo familiare, risultante al 01/07/2020 ovvero al \_\_\_\_\_ ed i redditi assoggettabili all'IRPEF, compresi quelli a tassazione separata, al lordo degli oneri deducibili e delle detrazioni di imposta nonche' i redditi esenti da imposta o assoggettati a ritenuta alla fonte a titolo d'imposta o ad imposta sostitutiva d'importo (superiore a Euro 1.032,91 annui), relativi all'anno 2019 sono quelli di seguito indicati:

DICHIARANTE E FAMILIARI		REDDITI ASSOGETTABILI: AD IRPEF		REDD. ESENTI/SOGG. : A RIT. ALLA FONTE:		REDDITO COMPLESSIVO	
Cognome/Nome	Data Nascita	Reddito Lav.Dip. (A)	Altri Redditi (B)	Reddito Lav.Dip. (C)	Altri Redditi (D)	Totale (A+B+C+D) (E)	Lav.Dip. (A+C) (F)
1.		,00	,00	,00	,00	,00	,00
2.		,00	,00	,00	,00	,00	,00
3.		,00	,00	,00	,00	,00	,00
4.		,00	,00	,00	,00	,00	,00
5.		,00	,00	,00	,00	,00	,00
6.		,00	,00	,00	,00	,00	,00
7.		,00	,00	,00	,00	,00	,00

- che la persona indicata al n. \_\_\_\_\_ e' inabile a proficuo lavoro, ovvero minorenni con difficoltà persistente a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età (2).

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità, che le notizie fornite sono complete e veritiere e che nessun componente del nucleo familiare ha chiesto e fruisce del beneficio in questione.

Il sottoscritto si impegna altresì a segnalare qualsiasi variazione della situazione dichiarata entro 30 giorni dal verificarsi della variazione stessa.

Autorizzo l'Ente ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003, al trattamento dei dati personali ai soli fini della elaborazione e del pagamento dei benefici economici relativi all'istituto in argomento.

Data \_\_\_\_\_ Firma Richiedente \_\_\_\_\_

Firma Coniuge \_\_\_\_\_

Note: (1) Indicare se coniugato, vedovo, celibe, nubile, legalmente ed effettivamente separato, divorziato.  
(2) Allegare la certificazione (o copia autenticata della stessa) rilasciata dalla U.L.S.S. o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali, ovvero, per i titolari di pensione di inabilità a carico dell'I.N.P.S. o di rendita per inabilità permanente assoluta a carico dell'I.N.A.I.L., la copia autenticata dei relativi certificati ovvero altra idonea certificazione.

Matricola

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'; dichiara inoltre quanto segue:

!\_! non percepisce, ne' altre persone percepiscono trattamenti di famiglia comunque denominati, italiani o esteri per le persone indicate nel prospetto.

!\_! percepisce / !\_! ha richiesto il trattamento di famiglia per le persone indicate nella dichiarazione 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 \_\_\_\_\_

Dichiarazione di responsabilita' del Coniuge del richiedente

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara che:

!\_! non percepisce, ne' altre persone percepiscono trattamenti di famiglia comunque denominati, italiani o esteri per le persone indicate nella dichiarazione. 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 al datore di lavoro del coniuge.

!\_! percepisce / !\_! ha richiesto il trattamento di famiglia per le persone indicate nella dichiarazione 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 \_\_\_\_\_