



Matricola \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE PER LA CORRESPONSIONE DELL'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE**

( periodo dal \_\_\_\_\_ )

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

stato civile \_\_\_\_\_ e 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 ed i redditi assoggettabili all'IRPF (compresi quelli a tassazione separata, al lordo degli oneri deducibili, nonché i redditi di qualsiasi natura se superiori ad Euro 1.033,00 annui, compresi quelli esenti da imposta e quelli soggetti alla ritenuta alla fonte) relativi all'anno di competenza sono quelli di seguito indicati:

Cognome nome	Dichiarante e familiari			Redditi assoggettabili ad IRPEF	
	Codice fiscale	Tipo familiare	Data nascita	Complessivo	Lavoro dip.
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					
6)					
7)					
8)					

che l'eventuale persona indicata come inabile a proficuo lavoro, e' persona con difficolta' persistente a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'eta' (2).

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara, sotto la propria responsabilita', 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.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**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 inabilita' a carico dell'I.N.P.S. o di rendita per inabilita' permanente assoluta a carico dell'I.N.A.I.L., la copia autenticata dei relativi certificati ovvero altra idonea certificazione.
3. Per ulteriori informazioni consultare il sito [www.inps.it](http://www.inps.it) alla sezione informazioni / prestazioni a sostegno del reddito / assegno nucleo familiare.
4. Allegare copia dei modelli 730 e/o UNICO + CU dei componenti il nucleo familiare per i quali spetta l'A.N.F.
5. Allegare certificazione del datore di lavoro dell'altro genitore che questi non percepisce e/o non ha fatto richiesta di assegni simili per lo stesso periodo.



## Assegno per il nucleo familiare Domanda per i lavoratori dipendenti

### Dichiarazione di responsabilità del richiedente (DRP n.445 del 28/12/2000)

#### ● Dichiaro che

- Non percepisco, nè altre persone percepiscono trattamenti di famiglia italiani o esteri per le persone indicate nella composizione del nucleo familiare
- Percepisco il trattamento di famiglia per le persone del nucleo indicate ai numeri \_\_\_\_\_ per un importo mensile di euro \_\_\_\_\_ pagato da \_\_\_\_\_  
(indicare l'Ente e in caso di trattamento estero, lo Stato che lo corrisponde)
- Ho richiesto il trattamento di famiglia per le persone del nucleo indicate ai numeri \_\_\_\_\_ per un importo mensile di euro \_\_\_\_\_ pagato da \_\_\_\_\_  
(indicare l'Ente e in caso di trattamento estero, lo Stato che lo corrisponde)

### Indicare se altro componente del nucleo familiare percepisce o ha chiesto il trattamento di famiglia

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

NATO/A il gg/mm/aaaa \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

- Percepisce il trattamento di famiglia per le persone del nucleo indicate ai numeri \_\_\_\_\_ per un importo mensile di euro \_\_\_\_\_ pagato da \_\_\_\_\_  
(indicare l'Ente e in caso di trattamento estero, lo Stato che lo corrisponde)
- Ha richiesto il trattamento di famiglia per le persone del nucleo indicate ai numeri \_\_\_\_\_ per un importo mensile di euro \_\_\_\_\_ pagato da \_\_\_\_\_  
(indicare l'Ente e in caso di trattamento estero, lo Stato che lo corrisponde)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### ● Dichiarazione di responsabilità del coniuge del richiedente o dell'altro genitore (che non sia legalmente ed effettivamente separato o divorziato) Dichiaro che:

- Non percepisco, nè altre persone percepiscono trattamenti di famiglia 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 o dell'altro genitore.
- percepisco il trattamento di famiglia per le persone del nucleo indicate ai numeri \_\_\_\_\_ per un importo mensile di euro \_\_\_\_\_ pagato da \_\_\_\_\_  
(indicare l'Ente e in caso di trattamento estero, lo Stato che lo corrisponde)
- Ho richiesto il trattamento di famiglia per le persone del nucleo indicate ai numeri \_\_\_\_\_ per un importo mensile di euro \_\_\_\_\_ pagato da \_\_\_\_\_  
(indicare l'Ente e in caso di trattamento estero, lo Stato che lo corrisponde)

Dichiaro che le notizie da me fornite in questo modulo ed i documenti ad esso allegati rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (artt. 48, 73, 75, e 76 D.P.R. 445/2000).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_