

**DOMANDA DI ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE**  
**PERIODO DAL.....AL.....**
 **VARIAZIONE SITUAZIONE NUCLEO FAMILIARE DAL.....**

(fornire le notizie e barrare le caselle che interessano)



A DATI ANAGRAFICI DEL/DELLA RICHIEDENTE										
COGNOME			NOME				COGNOME DEL MARITO			
<input type="text"/>			<input type="text"/>				<input type="text"/>			
M/F	DATA DI NASCITA		COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA				PROV.	CITTADINANZA		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>		
INDIRIZZO (Via, Fraz. Piazza, etc. N. civico)					CAP	COMUNE DI RESIDENZA (O STATO ESTERO DI RESIDENZA)			PROV.	
<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
CELIBE/NUBILE	CONIUGATO/A		VEDOVO/A		SEPARATO/A LEGALMENTE		DIVORZIATO/A		ABBANDONATO/A	

B DATI RELATIVI ALL'EVENTUALE ISCRIZIONE DEL/DELLA RICHIEDENTE NEGLI ELENCHI AGRICOLI/CD.CM (da compilare soltanto nel caso in cui si verifichi tale circostanza)	
E' ISCRITTO/A (O HA TITOLO AD ESSERE ISCRITTO/A) NEGLI ELENCHI DEI:	
<input type="checkbox"/>	LAVORATORI AGRICOLI DIPENDENTI DEL COMUNE DI <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	COLTIVATORI DIRETTI, MEZZADRI E COLONI DEL COMUNE DI <input type="text"/>

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 (1)	INABILE (2)	RESIDENTE ALL'ESTERO (3)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

(1) Indicare la parentela con il/la richiedente (figlio/a o equiparati, moglie/marito, fratello/sorella, nipote); (2) Trascrivere "SI" se il familiare maggiorenne e' stato riconosciuto inabile ovvero, se minorenne, ha persistente difficolta' a svolgere i compiti o le funzioni proprie della sua eta'; (3) Trascrivere "SI" se il familiare e' residente all'estero ed allegare l'autorizzazione INPS.

D DATI RELATIVI AI REDDITI CONSEGUITI DAL/DALLA RICHIEDENTE E DAI COMPONENTI IL NUCLEO								
NELL'ANNO .....IL/LA RICHIEDENTE E GLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE HANNO CONSEGUITO REDDITI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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 ED ASSIMILATI	ALTRI REDDITI	MOD. FISCALE	REDDITO COMPLESSIVO	REDDITO DA LAVORO DIPENDENTE ED ASSIMILATI	ALTRI REDDITI	MOD. FISCALE	REDDITO COMPLESSIVO
Richiedente								
Coniuge								
Familiari								
<b>TOTALE</b>								

**E****DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL/DELLA RICHIEDENTE**

IL/LA 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 £.....  
EROGATO DA ( indicare l'Ente e in caso di trattamento estero, lo Stato che lo corrisponde).....

IL/LA SIGNOR..... NATO/A IL..... A.....  
PERCEPISCE/HA RICHESTO IL TRATTAMENTO DI FAMIGLIA PER LE PERSONE INDICATE AL QUADRO "C" AI NUMERI.....PER UN IMPORTO MENSILE DI £.....  
EROGATO DA(indicare l'Ente e in caso di trattamento estero indicare lo Stato che lo corrisponde).....

DATA,

FIRMA

**F****DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL CONIUGE DEL/DELLA RICHIEDENTE**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, 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 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 OVVERO HA RICHiesto IL TRATTAMENTO DI FAMIGLIA PER LE PERSONE INDICATE AL QUADRO "C", AI NUMERI .....PER UN IMPORTO MENSILE DI £.....  
EROGATO DA (indicare l'Ente e in caso di trattamento estero indicare lo Stato che lo corrisponde).....

DATA.....

FIRMA.....

**G****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)	%	APPLICATA	PER ANF	(1)

DATA.....

FIRMA.....

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