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

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

Al

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*(richiedente)*

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

*(Compilare)*

cognome e nome

relazione di parentela data di nascita

posiz.

(\*)

1)

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

"I": 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.

"O": 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. 2017
2. importo di cui al punto 511 della C.U. 2017

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. 2017; 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. |  |  |