

ASSEGNI NUCLEO FAMILIARE

NOME DELL'OPERATORE _____ SOLO PER OPERATORI DI CAF E
SPORTELLI (DA NON INSERIRE SE IL MODELLO E' SCARICATO DA UN CITTADINO PRIVATO CHE COMPILA LA
RICHIESTA)

EMAIL _____

PERIODO CHE SI VUOLE RICHIEDERE _____

C.F. P.IVA AZIENDA _____

IL RICHIEDENTE E' IL TITOLARE DELL'ASSEGNO? SI NO

CODICE FISCALE RICHIEDENTE _____

COGNOME RICHIEDENTE _____

NOME RICHIEDENTE _____

TELEFONO _____

INDIRIZZO RESIDENZA (VIA, INDIRIZZO,CAP) _____

IN CASO DI RICHIESTA DI ASSEGNI DA PARTE DEL GENITORE CHE NON LAVORA TRAMITE IL DATORE DI
LAVORO DELL'EX CONIUGE/COMPAGNO OCCORRE INDICARE

CODICE FISCALE RICHIEDENTE _____

COGNOME RICHIEDENTE _____

NOME RICHIEDENTE _____

TELEFONO _____

INDIRIZZO RESIDENZA (VIA, INDIRIZZO,CAP) _____

STATO CIVILE:

- NUBILE/CELIBE
- CONIUGATO INDICARE DATA MATRIMONIO _____
- SEPARATO O DIVORZIATO INDICARE DATA _____

CODICE FISCALE CONIUGE O DELL ALTRO GENITORE _____

NOME CONIUGE O ALTRO GENITORE _____

COGNOME CONIUGE O ALTRO GENITORE _____

STESSA RESIDENZA RICHIEDENTE? SI NO - SE NO (indicare residenza Via, numero civico e cap)

CODICE FISCALE BAMBINO _____

COGNOME BAMBINO _____

NOME BAMBINO _____

STESSA RESIDENZA RICHIEDENTE? SI NO - SE NO (indicare residenza Via, numero civico e cap)

INABILE SI NO

CODICE FISCALE BAMBINO _____

COGNOME BAMBINO _____

NOME BAMBINO _____

STESSA RESIDENZA RICHIEDENTE? SI NO - SE NO (indicare residenza Via, numero civico e cap)

INABILE SI NO

CODICE FISCALE BAMBINO _____

COGNOME BAMBINO _____

NOME BAMBINO _____

STESSA RESIDENZA RICHIEDENTE? SI NO - SE NO (indicare residenza Via, numero civico e cap)

RICHIEDENTE:

REDDITO DA LAVORO DIPENDENTE O ASSIMILATI _____

ALTRI REDDITI (P.IVA, COLLABORAZIONE, FABBRICATI) _____

CONIUGE (SE SEPARATI O NON SPOSATI QUESTO CAMPO NON DEVE ESSERE COMPILATO):

REDDITO DA LAVORO DIPENDENTE O ASSIMILATI _____

ALTRI REDDITI (P.IVA, COLLABORAZIONE, FABBRICATI) _____

Documenti da allegare:

- CARTA IDENTITA' DEL RICHIEDENTE
- CODICE FISCALE DEL RICHIEDENTE
- TITOLO DI SOGGIORNO DEL RICHIEDENTE
- CODICI FISCALI DEI FAMILIARI
- MANDATO E PRIVACY
- **REDDITI** DI TUTTI I COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE (CUD O 730) VISURA CATASTALE DI EVENTUALI IMMOBILI POSSEDUTI
- DICHIARAZIONE DELL'ALTRO GENITORE (MODELLO **A** ALLEGATO)
- DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' (MODELLO **B** ALLEGATO) SOLO SE L'ALTRO GENITORE SI RIFIUTA DI FIRMARE IL MODELLO A OPPURE SE L'ALTRO GENITORE FOSSE IRREPERIBILE
- **INVIARE VIA EMAIL A: WEB@CAF365.IT**

DAL 01/07/2020 AL 30/06/2021 **CUD O DICHIARAZIONE 2020** - REDDITI 2019

DAL 01/07/2019 AL 30/06/2020 **CUD O DICHIARAZIONE 2019** - REDDITI 2018

DAL 01/07/2018 AL 30/06/2019 **CUD O DICHIARAZIONE 2018** - REDDITI 2017

DAL 01/07/2017 AL 30/06/2018 **CUD O DICHIARAZIONE 2017** - REDDITI 2016

DAL 01/07/2016 AL 30/06/2017 **CUD O DICHIARAZIONE 2016** - REDDITI 2015

FIRMA _____ DATA _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' (Atto di rinuncia)

(da redigersi a cura del **genitore non richiedente** l'autorizzazione agli ANF)

=====

Ai sensi dell'art. 4 della legge n. 15/1968 e successive modificazioni ed integrazioni,

Il sottoscritto..... nato il.....

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente a..... via..... num.....

Dati del datore di lavoro: telefono/e-mail ufficio del personale (*)
...../.....

Denominazione..... Matricola INPS..... Località.....

I CAMPI CON * DEVONO ESSERE OBBLIGATORIAMENTE COMPILATI

Consapevole delle conseguenze penali e civili previste dalle vigenti norme di legge per coloro che rendono dichiarazioni false o compiono atti fraudolenti al fine di procurare indebitamente – a sé o ad altri – prestazioni previdenziali; essendo, del pari, a conoscenza che l'art. 2 della legge n. 153/1988 dispone: "...che per lo stesso nucleo familiare non può essere concesso più di un assegno";

nella sua qualità di PADRE/MADRE di:

...../...../...../...../.....
COGNOME/NOME DEL/DELLA FIGLIO/A	DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA
...../...../...../...../.....
COGNOME/NOME DEL/DELLA FIGLIO/A	DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA
...../...../...../...../.....
COGNOME/NOME DEL/DELLA FIGLIO/A	DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA
...../...../...../...../.....
COGNOME/NOME DEL/DELLA FIGLIO/A	DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA
...../...../...../...../.....
COGNOME/NOME DEL/DELLA FIGLIO/A	DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA

D I C H I A R A

di NON aver MAI percepito/ di NON percepire dal..... e di NON richiedere alcun trattamento di famiglia comunque denominato – italiano od estero – per le persone suindicate. Si impegna a segnalare qualsiasi variazione del proprio nucleo familiare, rispetto a quanto sopra dichiarato, entro 30 giorni dal verificarsi della variazione stessa.

.....
DATA FIRMA LEGGIBILE

Il presente atto deve essere corredato da copia di un documento di identità – in corso di validità - del sottoscrittore.