

Domanda per la richiesta Assegno Nucleo Familiare (art. 65 della L. 448/98)

La/il sottoscritta/o .....  
Codice Fiscale.....  
Nata/o il.....a.....  
Residente a Certaldo in Via/Piazza:.....n°.....  
Tel...../.....

**Consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni**, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole del fatto che in caso di dichiarazioni mendaci, l'art. 75 della medesima legge prevede la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere

**CHIEDE**

La concessione dell'**Assegno per il Nucleo Familiare, per l'anno.....** previsto dall'art.65 della legge 23/12/98, n.448, disciplinato dal DPCM 21/12/2000, n.452 mod. dall'art. 2 del DPCM 25/05/01, n.337.

**CHIEDE ALTRESÌ**

che il pagamento dell'assegno venga effettuato tramite:

- Assegno intestato al richiedente;
- Bonifico Bancario, a tale scopo indica le coordinate bancarie:

C/C bancario n. ....; Cod. IBAN .....

Nome Banca e ind. ....; Città .....

A tale scopo, allega alla presente (*barrare la casella che interessa*):

- Dichiarazione Sostitutiva Unica delle condizioni economiche del proprio nucleo familiare completa dell'Attestazione ISEE.** Il reddito indicato deve riferirsi all'ultima dichiarazione dei redditi presentata (*anno precedente a quello di richiesta dell'assegno*);
- copia fotostatica\*** di un Documento di Identità;
- per adozioni e affidamenti preadottivi** allegare copia fotostatica del provvedimento del Tribunale o di altro Ente competente.

(\* *Nel caso che l'interessato presenti la domanda direttamente allo sportello dovrà provvedere a sottoscriverla in presenza dell'addetto*)

**DICHIARA**

(*compilare i dati richiesti e barrare la condizione che interessa*)

- di essere cittadina/o italiana/o o comunitaria/o;
- di essere cittadino straniero titolare dello status di rifugiato politico e di protezione sussidiaria;

che il proprio nucleo familiare è composto da n. .... persone;

(*sono da comprendere: il/la richiedente, i componenti la famiglia anagrafica e gli altri soggetti considerati a carico ai fini IRPEF*)

che nel nucleo familiare sono presenti n. \_\_\_\_\_ figli minori di 18 anni, nati rispettivamente il:

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ sesso [ M ] [ F ] (Indicare i dati del primo figlio minore)

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ sesso [ M ] [ F ] (Indicare i dati del terzo figlio minore)

che il requisito relativo alla composizione del nucleo familiare (almeno 3 minori) decorre dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

di essere:

- Madre, anche adottiva       Affidataria       Affidataria preadottiva  
 Padre, anche adottivo       Adottante non coniugato       Affidatario preadottivo

#### PATRIA POTESTA'

Il richiedente è stato escluso dall'esercizio della patria potestà su qualcuno dei tre figli minori?      Sì      No

Il richiedente è soggetto ad alcuno dei provvedimenti di cui all'art. 333 del codice civile?      Sì      No

Il richiedente è legalmente separato?      Sì      No

Se la risposta è Sì: il matrimonio è stato contratto nel Comune di \_\_\_\_\_ ( )

La/il sottoscritt/a si impegna a comunicare immediatamente al Comune ogni evento che determini la variazione del proprio nucleo familiare.

#### INFORMATIVA AI SENSI DEL D.Lgs.196/03 (Privacy)

I dati raccolti dall'Amministrazione precedente sono conservati e trattati mediante strumenti manuali ed informatici nel rispetto della sicurezza e riservatezza ed utilizzati esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente.

La/Il Dichiarante

Data \_\_\_\_\_

N.B.: In caso di Impedimento alla sottoscrizione del richiedente compilare alla lettera A)

#### A) IN CASO DI IMPEDIMENTO ALLA SOTTOSCRIZIONE:

Spazio riservato al pubblico ufficiale che attesta la dichiarazione di chi non sa o non può firmare o si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute (art.4 DPR 445/2000):

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (dipendente addetto) riceve la dichiarazione:

Del Sig./ra (Cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

Del parente (indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_

(Cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

il quale dichiara che il richiedente risulta impedito temporaneamente per ragioni connesse allo stato di salute, della cui identità si è accertato tramite documento di riconoscimento:

(tipo di documento) \_\_\_\_\_ rilasciato da

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il Dipendente addetto \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

(timbro e firma per esteso)