



DOMANDA DI ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE PERIODO DAL ...../...../.....AL ...../...../.....

VARIAZIONE SITUAZIONE NUCLEO FAMILIARE DAL ...../...../.....

<b>A</b>	<b>DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE</b>		<b>N. MATRICOLA</b>	<input type="text"/>
Cognome		Nome		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Comune o Stato estero di nascita		Prov.	Cittadinanza	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
M/F	Data di nascita	N. telefono Abitazione	N. telefono sede di servizio	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Celibe/Nubile	Coniugato	Vedovo	Separato legalmente	Divorziato
Cognome e Nome del Coniuge/Convivente				
<input type="text"/>				

<b>B</b>	<b>DATI RELATIVI ALLA COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE DEL RICHIEDENTE</b>				
	Cognome e Nome dei componenti del nucleo (compreso il richiedente)	Codice Fiscale	Data di nascita	Parentela (1)	Pos (2)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

la persona indicata al n. .... è orfana

(1) Indicare la parentela con il richiedente (figlio/a o equiparati, moglie/marito, fratello/sorella, nipote, etc.);

(2) Per ogni componente indicare, se presente, una o più delle seguenti posizioni:

“S” studente (per i figli di età compresa tra i 18 e i 21 anni compilare anche il modello di autocertificazione)

“A” apprendista (per i figli di età compresa tra i 18 e i 21 anni compilare anche il modello di autocertificazione)

“I” se il familiare maggiorenne, riconosciuto **inabile al 100%**, si trova, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro ovvero, se minorenni, ha persistente difficoltà a svolgere i compiti o le funzioni proprie della sua età.



C	DATI RELATIVI AI REDDITI CONSEGUITI DAL RICHIEDENTE E DAI COMPONENTI IL NUCLEO			
	Redditi da lavoro dipendente e assimilati	Redditi a tassazione separata	Altri redditi	Redditi esenti
<b>Richiedente</b>				
<b>Coniuge</b>				
<b>Familiari</b>				
<b>TOTALE</b>				

REDDITO COMPLESSIVO € \_\_\_\_\_

D	DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DEL RICHIEDENTE
	<p>IL RICHIEDENTE, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO DICHIARAZIONI FALSE, DICHIARA CHE LE NOTIZIE AUTOCERTIFICATE RISPONDONO A VERITA'. SI IMPEGNA ALTRESI' A COMUNICARE, <b>ENTRO 30 GIORNI</b> DAL SUO VERIFICARSI, AI SENSI DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445, ART. 75 e 76, QUALSIASI VARIAZIONE DOVESSE INTERVENIRE NELLA SITUAZIONE SOPRADESCRITTA.</p> <p>IL RICHIEDENTE E' CONSAPEVOLE CHE LA MANCATA O TARDIVA COMUNICAZIONE DI TALI VARIAZIONI COMPORTERA' IL RECUPERO DELLE SOMME PERCEPITE INDEBITAMENTE.</p> <p>IL RICHIEDENTE DICHIARA INOLTRE DI NON PERCEPIRE, NE' CHE ALTRE PERSONE PERCEPISCANO ASSEGNI PER IL NUCLEO FAMILIARE PER LE PERSONE INDICATE AL QUADRO "B".</p> <p>DATA , _____ FIRMA _____</p>

E	DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DEL CONIUGE/CONVIVENTE DEL RICHIEDENTE
	<p>IL CONIUGE/CONVIVENTE, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO DICHIARAZIONI FALSE, DICHIARA CHE NON PERCEPISCE NE' HA RICHiesto ALCUN ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE PER LE PERSONE INDICATE NEL RIQUADRO "B".</p> <p>IL CONIUGE/CONVIVENTE SI IMPEGNA A COMUNICARE QUALSIASI VARIAZIONE RELATIVA A QUANTO SOPRA DICHIARATO</p> <p>DATA, _____ FIRMA _____</p>

IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE CONSEGNATO A MANO OPPURE INVIATO VIA POSTA, FAX O FORMATO ELETTRONICO A:  
 Sezione Stipendi e Fiscalità - Ripartizione Stipendi  
 P.le Europa, 1 - I - 34127 - TRIESTE  
 Tel. +39 040 5583159 Fax +39 040 5587887 e-mail [stipendi@amm.units.it](mailto:stipendi@amm.units.it)

- SE LA DOMANDA VIENE INVIATA PER POSTA INTERNA O VIA FAX AL N. +39 040 5587887, DEVE ESSERE ALLEGATA UNA FOTOCOPIA DI UN **DOCUMENTO D'IDENTITÀ** VALIDO DEL RICHIEDENTE. **RESTA FERMA LA FACOLTÀ DELL'AMMINISTRAZIONE DI SOTTOPORRE A VERIFICA LE NOTIZIE INDICATE NEL PRESENTE MODULO.**