

## MODELLO DI DOMANDA ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE

Azienda Sanitaria  
Regionale Molise



**ASREM**

ALL'ASReM  
U.O.C. RISORSE UMANE  
VIA UGO PETRELLA N. 1  
86100 CAMPOBASSO

### DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

(compilare e barrare le caselle)

\_\_\_\_\_

Cognome e nome

\_\_\_\_\_

luogo e data di nascita

Codice fiscale \_\_\_\_\_

celibe/nubile     coniugato/o     vedovo/a     (\*)legalmente separato/a     divorziato/a

In servizio presso \_\_\_\_\_ tel. Cell. \_\_\_\_\_

Titolare di pensione – iscrizione n° \_\_\_\_\_

Chiede

l'attribuzione

la rideterminazione

dell'assegno per il nucleo familiare a decorrere dal \_\_\_\_\_

(\*) allegare copia della sentenza di separazione

### COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE DEL RICHIEDENTE

(compilare e barrare le caselle)

Cognome e nome

rapporto parentela

luogo di nascita

data di nascita

	Cognome e nome	rapporto parentela	luogo di nascita	data di nascita
1		(richiedente)		
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

la persona indicata al n. \_\_\_\_\_ 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 difficoltà persistente a svolgere le funzioni proprie della sua età (si allega, in quanto non ancora presentata, la certificazione rilasciata dalla competente I.N.P.S. regionale).

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

## DETERMINAZIONE DEL REDDITO FAMILIARE

(Compilazione)

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 ad euro 1.032,91 annui percepiti dai componenti il proprio nucleo familiare indicati nel precedente riquadro,

nell'anno

2016

redditi	dichiarante	coniuge (*)	altri familiari (**)	totali
1) reddito da lavoro dipendente e assimilati				
2) redditi a tassazione separata				
3) altri redditi				
4) redditi esenti				
<b>TOTALE</b>				

**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

Si ricorda che la vigente normativa prevede che il reddito familiare da considerare ai fini della corresponsione dell'assegno è costituito dall'ammontare dei redditi complessivi conseguiti dai suoi componenti nell'anno solare precedente il 1° luglio di ciascun anno (ad es. per il periodo 01/07/2016-30/06/2017 si deve considerare il reddito prodotto nel 2015). I redditi sono ricavabili dai seguenti documenti fiscali:

- Mod. CU 2017 (righe 1, 2, 3, 4, 5, 511,512);
- Mod. 730/2017 (importi desumibili dal mod.730-3, righe 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 147 e 148);
- UNICO 2017 (importi desumibili dai dati riportati nei singoli quadri).

L'assegno nucleo familiare **non spetta se la somma dei redditi da lavoro dipendente**, da pensione o da altra prestazione previdenziale derivante da lavoro dipendente **è inferiore al 70%** del reddito complessivo del nucleo familiare.

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL CONIUGE DEL DICHIARANTE**  
(Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
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;

Dipendente in servizio presso \_\_\_\_\_ Sede Legale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_;

Espleta l'attività di lavoratore/trice autonomo in qualità \_\_\_\_\_;

Disoccupato/a

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL RICHIEDENTE**  
(Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DELL'ALTRO GENITORE (nubile/celibe/separati o divorziati con affidamento congiunto)

(Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
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.

Dipendente in servizio presso \_\_\_\_\_ Sede Legale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_;

Espleta l'attività di lavoratore/trice autonomo in qualità di \_\_\_\_\_;

Disoccupato/a

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

N.B. resta ferma la facoltà dell'Amministrazione di sottoporre a verifica le notizie indicate nel modello di domanda.