

LAVORATORI AUTONOMI ISCRITTI ALLA GESTIONE SEPARATA (Ex Lege 335/95)
DOMANDA DI ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE (art.59,c.16,L.449/97-art.5 D.M. 4.4.2002)

PERIODO DAL AL

SEDE DI

A	DATI ANAGRAFICI DEL/DELLA RICHIEDENTE										
COGNOME		NOME		COGNOME DEL MARITO							
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>							
M/F	DATA DI NASCITA	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV.	CITTADINANZA							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
INDIRIZZO (Via, Fraz. Piazza, etc, N. civico)			CAP	COMUNE (O STATO ESTERO) DI RESIDENZA	PROV.						
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
<input type="checkbox"/>	CELIBE/NUBILE	<input type="checkbox"/>	CONIUGATO/A	<input type="checkbox"/>	VEDOVO/A	<input type="checkbox"/>	SEPARATO/A LEGALMENTE	<input type="checkbox"/>	DIVORZIATO/A	<input type="checkbox"/>	ABBANDONATO/A

B	DATI RELATIVI ALL'ATTIVITA' LAVORATIVA AUTONOMA				
TIPO DI ATTIVITA':					
<input type="checkbox"/>	COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA	<input type="checkbox"/>	ATTIVITA' PROFESSIONALE	<input type="checkbox"/>	ASSOCIATO IN PARTECIPAZIONE
DATA DI ISCRIZIONE ALLA GESTIONE SEPARATA		<input type="text"/>	EMOLUMENTI PERCEPITI NELL'ANNO (1)	<input type="text"/>	TOTALE <input type="text"/>
					(EURO)
(1) Indicare l'anno in cui e' compreso il periodo oggetto della domanda.					

C	DATI RELATIVI ALLA MODALITA' DI PAGAMENTO PRESCELTA DAL/DALLA RICHIEDENTE			
<input type="checkbox"/>	A MEZZO ASSEGNO CIRCOLARE			
<input type="checkbox"/>	A MEZZO ACCREDITO SUL CONTO CORRENTE BANCARIO / POSTALE			
CIN (1)	CODICE ABI (2)	CODICE CAB(3)	CODICE CLIENTE (4)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
(1) costituito da una sola lettera, es. A, B etc; (2) costituito da cinque numeri che identificano la Banca/Posta; (3) costituito da cinque numeri che identificano l'agenzia presso cui il/la richiedente ha il conto corrente; (4) costituito da massimo dodici caratteri che identificano il numero di conto corrente del/della richiedente.				

D	DATI RELATIVI ALLA COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE DEL/DELLA RICHIEDENTE						
	COGNOME E NOME DEI COMPONENTI IL NUCLEO (compreso il/la richiedente)	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	COMUNE o STATO ESTERO DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA	INABILE (1)	RESIDENTE ALL'ESTERO (2)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
(1) Barrare la casella se il componente è inabile. (2) Barrare la casella se il componente risiede all'estero.							

N.B. I nominativi del responsabile del procedimento e del responsabile del provvedimento potranno essere rilevati dagli avvisi al pubblico esposti nei locali degli uffici INPS, competenti per la successiva trattazione della pratica, presso i quali l'assicurato/a puo' rivolgersi per prendere visione e chiedere informazioni sulla domanda, anche telefonicamente.

E	DATI RELATIVI AI REDDITI CONSEGUITI DAL/DALLA RICHIEDENTE E DAI COMPONENTI IL NUCLEO								
NELL'ANNO/ANNI _____ / _____ IL/LA RICHIEDENTE E GLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE HANNO CONSEGUITO REDDITI								NO	SI (in caso affermativo specificare il reddito)
TITOLARE DEI REDDITI	ANNO				ANNO				
	1	2	3	4	1	2	3	4	
	REDDITI DA LAVORO PARASUBORDINATO	REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	ALTRI REDDITI	REDDITO COMPLESSIVO	REDDITO DA LAVORO PARASUBORDINATO	REDDITO DA LAVORO DIPENDENTE	ALTRI REDDITI	REDDITO COMPLESSIVO	
Richiedente									
Coniuge									
Familiari									
TOTALE									

F	MANDATO DI ASSISTENZA E RAPPRESENTANZA		
L SOTTOSCRITT DELEGA IL PATRONATO A RAPPRESENTARL ED ASSISTERL GRATUITAMENTE PER LO SVOLGIMENTO DELLA PRATICA RELATIVA ALL'OGGETTO DELLA PRESENTE DOMANDA. INOLTRE, AVENDO RICEVUTO, A NORMA DI QUANTO PREVISTO DALL'ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 196/2003, L'INFORMATIVA SUL "TRATTAMENTO" DEI PROPRI DATI PERSONALI, IVI COMPRESI I DATI SENSIBILI DI CUI ALL'ART. 4 DEL DECRETO MEDESIMO: 1) CONSENTE IL LORO "TRATTAMENTO" PER IL CONSEGUIMENTO DELLE FINALITA' DEL PRESENTE MANDATO E DEGLI SCOPI STATUTARI DEL PATRONATO; 2) CONSENTE CHE GLI STESSI SIANO COMUNICATI ALL'INPS; 3) CONSENTE ALL'INPS IL "TRATTAMENTO" DEI DATI MEDESIMI PER GLI ADEMPIMENTI DEGLI OBBLIGHI PREVISTI DALLA NORMATIVA; 4) CONSENTE LACOMUNICAZIONE DEI DATI AD ALTRI ENTI COMPETENTI ALLA TRATTAZIONE DELLA PRATICA; 5) CONSENTE IL TRASFERIMENTO ALL'ESTERO DEI DATI NEI CASI DI PRESTAZIONI IN REGIME INTERNAZIONALE; 6) NON CONSENTE QUANTO INDICATO AI PUNTI			
Data _____		Firma _____	
<div></div>		<div></div>	<div></div>
TIMBRO DEL PATRONATO		FIRMA DELL'OPERATORE AUTORIZZATO A RICEVERE IL MANDATO	NUMERO PRATICA

G	DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL/DELLA RICHIEDENTE		
<p>Preso atto dell'informativa fornitami ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30.06.2003 n. 196, acconsento qualora necessario, all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente la richiesta. 1) Al trattamento di eventuali dati sensibili 2) Al trattamento dei miei dati sensibili all'estero; 3) Alla comunicazione dei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e di archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) Alla comunicazione dei miei dati sensibili, ai finidiversi da quelli connessi alla presente richiesta , ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove cio' sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali. Consapevole del fatto che il mancato consenso puo' comportare l'impossibilit� di definire o notevole ritardo nella definizione della presente richiesta, non consento a quanto indicato ai punti 1 2 3 4</p> <p>Consapevole della responsabilit� civile e penale per dichiarazioni mendaci e falsit� in atti, ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, dichiaro che le notizie fornite rispondono a verit�. Le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicit� delle dichiarazioni. In caso di dichiarazioni false, il cittadino puo' subire una condanna penale e decade da eventuali benefici ottenuti con la autocertificazione. Mi impegno altresì, a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione autocertificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.</p> <p>Data _____ Firma _____</p>			

H	DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL CONIUGE DEL/DELLA RICHIEDENTE		
<p>___ L ___ SOTTOSCRITT___ CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO DICHIARAZIONI FALSE, DICHIARA DI NON PERCEPIRE E DI NON AVER RICHIESTO ALCUN TRATTAMENTO DI FAMIGLIA COMUNQUE DENOMINATO, ITALIANO O ESTERO, PER LE PERSONE INDICATE AL QUADRO "D". IN CASO DI RICHIESTA DEL TRATTAMENTODI FAMIGLIA PER LE PREDETTE PERSONE, PER IL PERIODO DI VALIDITA' DELLA PRESENTE DOMANDA, SI IMPEGNA A DARNE IMMEDIATA COMUNICAZIONE, CON IL MOD. ANF VAR, ALLA SEDE INPS CUI E' RIVOLTA LA PRESENTE DOMANDA.</p> <p>Data _____ Firma _____</p>			

I	RICHIESTA DEL CONIUGE DELL'AVENTE DIRITTO ALL'EROGAZIONE DELL'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE.				
IL SOTTOSCRITTO					
Cognome		Nome		Sesso (M/F)	
Data di nascita		Comune o stato estero di nascita		Prov.	
Cittadinanza		Codice fiscale	Indirizzo	Num. civ.	
Cap	Comune di residenza		Prov.	Telefono con prefisso	
IN QUALITA' DI CONIUGE DELL'AVENTE DIRITTO DICHIARA, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO DICHIARAZIONI FALSE, DI NON ESSERE TITOLARE DI UN AUTONOMO DIRITTO ALLA CORRESPONSIONE DELL'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE,CHIEDE IL PAGAMENTO DELL'ASSEGNO AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 559, DELLA LEGGE 30 DICEMBRE 2004, n. 311					
MODALITA' DI PAGAMENTO					
Assegno circolare / Sportello postale		CIN	Cod. ABI/PT	CODICE CAB	
Accredito sul c/c bancario / postale				CODICE CLIENTE	
Data		Firma			

L	EVENTUALI COMUNICAZIONI

AVVERTENZE

LA DOMANDA, DA PRESENTARE A DECORRERE DAL 1° FEBBRAIO DELL'ANNO SUCCESSIVO A QUELLO IN CUI SONO STATI CORRISPONDI GLI EMOLUMENTI, VA REDATTA SUL **mod. ANF. GEST. SEP.** E PRESENTATA ALLA SEDE INPS COMPETENTE PER RESIDENZA DEL/LA RICHIEDENTE COMPLETA DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE PREVISTA A SECONDA DEL CASO CHE RICORRE.

INDICARE IL PERIODO RICHIESTO TENDENDO PRESENTE CHE LA PRESTAZIONE SARA' CORRISPONDI PER TUTTO IL PERIODO CHE RISULTA COPERTO DALLA SPECIFICA CONTRIBUZIONE MAGGIORATA.

IN CASO DI VARIAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE NEL PERIODO DI RICHIESTA DELL'**ANF** DARNE COMUNICAZIONE ALL'**INPS** ENTRO TRENTA GIORNI CON IL **mod. ANF. VAR.** PRECISANDO LA DATA DI DECORRENZA DI DETTA VARIAZIONE E L'EVENTUALE MODIFICA REDDITUALE DA ESSA DERIVANTE.

OVE NECESSARIO ALLEGARE LA RELATIVA DOCUMENTAZIONE.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODELLO

QUADRO A	FORNIRE LE NOTIZIE RICHIESTE E BARRARE LE CASELLE CHE INTERESSANO.	
QUADRO B	<p>IL LAVORATORE DEVE INDICARE IL TIPO DI ATTIVITA' SVOLTA, LA DATA DI ISCRIZIONE ALLA GESTIONE SEPARATA EX LEGE 335/95 (IN MANCANZA DELLA ISCRIZIONE SARA' RITENUTO SUFFICIENTE IL VERSAMENTO DEI RELATIVI CONTRIBUTI) E IL TOTALE DEGLI EMOLUMENTI PERCEPITI NELL'ANNO OGGETTO DELLA RICHIESTA SUL QUALE E' STATO APPLICATO IL CONTRIBUTO MAGGIORATO SUPERIORE AL 10%. L'ACCREDITAMENTO DEI CONTRIBUTI SARA' VERIFICATO DIRETTAMENTE DALL'INPS. TUTTAVIA PER ACCELERARE LA LIQUIDAZIONE DELL'ASSEGNO, E' UTILE PRESENTARE IN CASO DI COLLABORAZIONE/ASSOCIAZIONE IN PARTECIPAZIONE COPIA DELLE DENUNCE ANNUALI RIFERITE AL PERIODO OGGETTO DELLA DOMANDA OVVERO LA DICHIARAZIONE DEL COMMITTENTE/ ASSOCIANTE (CON FIRMA, TIMBRO E CODICE FISCALE) INDICANTE GLI IMPORTI, LE DATE DEI VERSAMENTI E LA PERCENTUALE CONTRIBUTIVA APPLICATA IN CASO DI ATTIVITA' PROFESSIONALE COPIA DELLE RICEVUTE DEI PROPRI VERSAMENTI CONTRIBUTIVI.</p>	
QUADRO C	FORNIRE LE NOTIZIE RICHIESTE E BARRARE LE CASELLE CHE INTERESSANO.	
QUADRO D	<p>FANNO PARTE DEL NUCLEO FAMILIARE:</p> <p>IL RICHIEDENTE L'ASSEGNO; IL CONIUGE DEL RICHIEDENTE NON LEGALMENTE ED EFFETTIVAMENTE SEPARATO O DIVORZIATO ; I FIGLI ED EQUIPARATI MINORI DI ETA' NON CONIUGATI (LEGITTIMI, LEGITTIMATI, ADOTTIVI, AFFILIATI, NATURALI, LEGALMENTE RICONOSCIUTI O GIUDIZIALMENTE DICHIARATI, NATI DA PRECEDENTE MATRIMONIO DELL'ALTRO CONIUGE, AFFIDATI A NORMA DI LEGGE); I NIPOTI MINORI VIVENTI A CARICO DEL NONNO/DELLA NONNA; I FIGLI ED EQUIPARATI MAGGIORENNI INABILI NON CONIUGATI; I FRATELLI, SORELLE E NIPOTI DEL RICHIEDENTE (ORFANI DI ENTRAMBI NON AVENTI DIRITTO ALLA PENSIONE AISUPERSTITI) MINORI DI ETA' O MAGGIORENNI INABILI, NON CONIUGATI.</p> <p>IL RICHIEDENTE - SE CITTADINO DI STATO ESTERO - DEVE AVERE LA RESIDENZA IN ITALIA E COSI' I FAMILIARI CHE COMPONGONO IL SUO NUCLEO. NEL CASO IN CUI I PREDETTI FAMILIARI NON SIANO RESIDENTI IN ITALIA, GLI STESSI FANNO PARTE DEL NUCLEO SOLTANTO SE LO STATO ESTERO, DI CUI IL RICHIEDENTE E' CITTADINO, RISERVI UN TRATTAMENTO DI RECIPROCITA' NEI CONFRONTI DEI CITTADINI ITALIANI OVVERO SIA STATA STIPULATA CONVENZIONE INTERNAZIONALE IN MATERIA DI TRATTAMENTI DI FAMIGLIA E SEMPRECHE' GLI STESSI NON ABBIANO DIRITTO A TRATTAMENTI DI FAMIGLIA DA PARTE DEL PREDETTO STATO ESTERO.</p> <p>NON FANNO PARTE DEL NUCLEO FAMILIARE :</p> <p>IL CONIUGE LEGALMENTE ED EFFETTIVAMENTE SEPARATO O DIVORZIATO; I FIGLI AFFIDATI ALL'ALTRO CONIUGE O EX CONIUGE; I FIGLI NATURALI DEL RICHIEDENTE CONIUGATO, NON SEPARATO LEGALMENTE, NON INSERITI NELLA FAMIGLIA LEGITTIMA, I FIGLI NATURALI COMPRESI NEL NUCLEO FAMILIARE DELL'ALTRO GENITORE NON CONVIVENTE CON IL RICHIEDENTE</p> <p>IL CONIUGE E I FAMILIARI DI CITTADINO STRANIERO CHE NON HANNO LA RESIDENZA IN ITALIA SE LO STATO ESTERO, DI CUI IL RICHIEDENTE E' CITTADINO NON RISERVA UN TRATTAMENTO DI RECIPROCITA' NEI CONFRONTI DEI CITTADINI ITALIANI O NON E' STATA STIPULATA CONVENZIONE INTERNAZIONALE IN MATERIA DI TRATTAMENTI DI FAMIGLIA.</p> <p>IL CONIUGE E I FAMILIARI DI CITTADINO ITALIANO O STRANIERO CHE NON HANNO LA RESIDENZA IN ITALIA E CHE HANNO DIRITTO AL TRATTAMENTO DI FAMIGLIA DA PARTE DELLO STESSO STATO ESTERO CON IL QUALE SIA STATA STIPULATA CONVENZIONE INTERNAZIONALE O CHE RISERVI UN TRATTAMENTO DI RECIPROCITA' NEI CONFRONTI DEI CITTADINI ITALIANI IN MATERIA DI TRATTAMENTI DI FAMIGLIA (AD ECCEZIONE DI, LIECHTENSTEIN E STATI DELLA EX IUGOSLAVA):</p>	
QUADRO E	NB	PER TUTTE LE RICHIESTE DI PRESTAZIONI PRESENTATE A PARTIRE DALL'ANNO 2002 IN POI, GLI IMPORTI DA DICHIARARE, ANCHE SE RELATIVI A REDDITI CONSEGUITI IN ANNI PRECEDENTI ALL'ANNO 2002, DEBBONO ESSERE ESPRESSI IN EURO (1 EURO = LIRE 1936,27) I REDDITI VANNO DICHIARATI AL LORDO DELLE DEDUZIONI E DETRAZIONI DI IMPOSTA, DEGLI ONERI DEDUCIBILI E DELLE RITENUTE ERARIALI.
		<p>INDICARE IL REDDITO CONSEGUITO NELL'ANNO IMMEDIATAMENTE PRECEDENTE L'ANNO SPECIFICATO NELLA DOMANDA DI ANF SE LA DECORRENZA DELLO ASSEGNO E' COMPRESA TRA LUGLIO E DICEMBRE (CIOE' NEL 2° SEMESTRE): SE INVECE LA DECORRENZA DELL'ASSEGNO E' COMPRESA TRA GENNAIO E GIUGNO (CIOE' NEL 1° SEMESTRE), OCCORRE SPECIFICARE I REDDITI CONSEGUITI DUE ANNI PRIMA.</p> <p>COL.1 - Redditi da lavoro parasubordinato: Vanno indicati tutti i redditi derivanti da attività professionale e da collaborazione coordinata e continuativa .</p> <p>COL.2 - Redditi da lavoro dipendente e assimilati : REDDITI ASSOGGETTABILI ALL'IRPEF: Vanno indicati tutti i redditi derivanti da lavoro, da pensione, da prestazioni temporanee (Ds. Mobilità, CIG, malattia, etc.) percepiti in Italia o all'estero compresi gli arretrati.</p> <p>REDDITI ESENTI DA IMPOSTA O SOGGETTI A RITENUTA ALLA FONTE A TITOLO DI IMPOSTA O IMPOSTA SOSTITUTIVA: (Da indicare se superiori complessivamente a 1.032,91 EURO): Vanno indicati tutti i redditi da pensione, assegni ed indennità a ciechi, sordomuti ed invalidi civili, pensioni sociali, assegni accessori alle pensioni privilegiate di 1° categoria, etc.</p> <p>COL.3 - Altri Redditi : REDDITI ASSOGGETTABILI ALL'IRPEF: VANNO INDICATI I REDDITI DI QUALSIASI NATURA DERIVANTI AD ESEMPIO DA LAVORO AUTONOMO, DA FABBRICATI, DA TERRENI AL LORDO DELL'EVENTUALE DEDUZIONE DELL'ABITAZIONE PRINCIPALE</p> <p>REDDITI ESENTI DA IMPOSTA O SOGGETTI A RITENUTA ALLA FONTE A TITOLO DI IMPOSTA O IMPOSTA SOSTITUTIVA: (Da indicare se superiori complessivamente a 1.032,91 EURO): Vanno indicati i redditi soggetti a ritenuta alla fonte a titolo di imposta o imposta sostitutiva, quali interessi bancari e postali, premi del lotto e dei concorsi pronostici, rendite da BOT, etc</p> <p>REDDITI DA NON DICHIARARE :</p> <p>TRATTAMENTI DI FAMIGLIA COMUNQUE DENOMINATI DOVUTI PER LEGGE; ARRETRATI DI PRESTAZIONI D'INTEGRAZIONE SALARIALE RIFERITI AD ANN PRECEDENTI AI QUELLO DI EROGAZIONE; INDENNITA' DI TRASFERTA PER LA PARTE NON ASSOGGETTABILE AD IMPOSIZIONE FISCALE; TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO (TFR); ANTICIPAZIONE SU TFR; PENSIONI DI GUERRA; RENDITE VITALIZIE INAIL; PENSIONI TABELLARI AI MILITARI DI LEVA VITTIME DI INFORTUNIO; INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO AGLI INVALIDI CIVILI, AI CIECHI CIVILI ASSOLUTI, AI MINORI INVALIDI NON DEAMBULANTI, AI PENSIONATI DI INABILITA'; INDENNITA' DI FREQUENZA AI MINORI MUTILATI ED INVALIDI CIVILI; INDENNITA' DI COMUNICAZIONE PER SORDI-PRELINGUALI; INDENNITA'PER CIECHI PARZIALI; INDENNIZZO PER DANNI IRREVERSIBILI DA VACCINAZIONI OBBLIGATORIE, DA TRASFUSIONI E SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI.</p>

QUADRO I	IL QUADRO VA UTILIZZATO NELL'EVENTUALITA' CHE IL CONIUGE DELL'AVENTE DIRITTO, CHE NON ABBAIA UN AUTONOMO TITOLO ALL'ASSEGNO, SI AVVALGA DELLA FACOLTA' - PREVISTA DALL'ART. 1, COMMA 559, DELLA LEGGE 30 DICEMBRE 2004, n. 311 COME ATTUATO DAL D.M. 4.4.2005- DI PERCEPIRE DIRETTAMENTE LA PRESTAZIONE.	
SITUAZIONE		TIPO DI DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI A.N.F.
Separazione legale,divorzio del richiedente; adozione, affiliazione, affidamento da parte del richiedente etc.		Dichiarazione di responsabilita' ovvero le relative sentenze.
Abbandono da parte del coniuge del richiedente		Documentazione dell'autorit� giudiziar� o di altra pubblica autorit�.
Cittadinanza extracomunitaria del richiedente per stati, fatti e qualita' personali non avvenuti in Italia		Certificazione dell'autorita' straniera tradotta e autenticata dal Consolato Italiano
Fratelli, sorelle e/o nipoti collaterali		Dichiarazione di responsabilita' del/la richiedente attestante la condizione di orfani di tali familiari, che non hanno diritto alla pensione ai superstiti specificando le generalita' dei genitori e il tipo di attivit� a suo tempo svolta.
Nipoti a carico del richiedente nonno/a		Dichiarazione di responsabilit� del nonno/a richiedente attestante: - la discendenza del/i nipote/i in linea retta; - il mantenimento abituale del/i minore/i. Dichiarazione di responsabilit� del/i genitore/i con la quale attestano di non poter provvedere al mantenimento del/i figlio/i perch� non svolgono attivit� lavorativa e non posseggono redditi di alcuna natura. Dichiarazione di responsabilit� degli eventuali altri ascendenti dalla quale risulti che non hanno richiesto per il passato e si impegnano a non richiedere per il futuro analogo trattamento di famiglia per gli stessi minori.
Maggiorenni Inabilit� di uno o pi� componenti il nucleo familiare		Verbale rilasciato dalle competenti Commissioni Sanitarie attestante l'invalidit� al 100%, in mancanza di tale documentazione, mod. SS3 se residente in Italia, mod. 404 se residente in uno Stato membro UE, certificazione vistata dal Consolato italiano se residente in stato estero.
Minorenni Inabilit� di uno o pi� componenti il nucleo familiare		Certificazione sanitaria attestante il diritto all'indennit� di accompagnamento, in mancanza di tale documentazione, mod. SS3 se residente in Italia, mod. 404 se residente in uno Stato membro UE, certificazione vistata dal Consolato italiano se residente in stato estero.
Attivit� di collaborazione/associazione in partecipazione		Copia delle denunce annuali (GLA) o dichiarazione del committente/associante contenente gli importi, le date deiversamenti e la percentuale applicata. (FACOLTATIVO vedi istruzioni quadro B)
Attivit� professionale		Copia delle ricevute dei propri versamenti contributivi. (FACOLTATIVO vedi istruzioni quadro B)
NOTA BENE: La dichiarazione di responsabilit� del/della richiedente deve essere rilasciata davanti ad un pubblico ufficiale ovvero, se spedita, accompagnata dalla fotocopia di un valido documento di riconoscimento.		

RICEVUTA DOMANDA MOD. ANF/GEST. SEP.

SEDE DI

IL/LA SIG

HA PRESENTATO IN DATA ODIERNA DOMANDA DI ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE ALLEGANDO LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- ☐ N DICHIARAZIONE/I SOSTITUTIVA/E
- ☐ N DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'
- ☐ N DICHIARAZIONE DEL COMMITTENTE/ASSOCIANTE
- ☐ N CERTIFICATO/I SANITARIO/I PER INABILITA' ☐ N MOD. SS 3/AF
- ☐ N RICEVUTE VERSAMENTI CONTRIBUTIVI (COPIA)
- ☐ N DENUNCE ANNUALI (COPIA)
- ☐
- ☐

Timbro a datario

Firma dell'impiegato _____