

AUTOCERTIFICAZIONE DI STATO DI FAMIGLIA

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto _____

Nato a _____ (_____)
(luogo) (provincia)

il _____
(data)

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

Che la propria famiglia abitante a _____ provincia (_____)

indirizzo _____ è così composta:

1) _____
(cognome nome)

_____ (nato a) _____ (il) _____ (stato civile)

2) _____
(cognome nome)

_____ (nato a) _____ (il) _____ (stato civile)

3) _____
(cognome nome)

_____ (nato a) _____ (il) _____ (stato civile)

4) _____
(cognome nome)

_____ (nato a) _____ (il) _____ (stato civile)

5) _____
(cognome nome)

_____ (nato a) _____ (il) _____ (stato civile)

_____, lì _____

FIRMA* _____

* "la firma non deve essere autenticata e la sottoscrizione deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato; in alternativa può venire inoltrata o trasmessa via fax o telematicamente, in tale caso, tuttavia, la dichiarazione deve essere inviata unitamente alla fotocopia non autenticata del documento di identità del sottoscrittore".

ASSEGNI FAMILIARI e ARRETRATI
(decorrenza dal 01/07 al 30/06)

TUTTO IN FOTOCOPIA

- CARTA D'IDENTITA' e CODICE FISCALE DI ENTRAMBI I GENITORI;
- CODICE FISCALE DEL/DEI FIGLI;
- REDDITI DA LAVORO/PENSIONE DELL' ANNO PRECEDENTE;
- ALTRI REDDITI;
- DATA DI MATRIMONIO, IN CASO DI SEPARAZIONE/DIVORZIO SENTENZA
- IN CASO DI COLLABORATORE DOMESTICO PRESENTARE ANCHE I MAV.
- IBAN
- VERBALE INVALIDITA'



AUTORIZZAZIONE ANF

Tutti i documenti in COPIA

- CARTA D'IDENTITA' e CODICE FISCALE DI ENTRAMBI I GENITORI;
- CODICE FISCALE DEL/DEI FIGLI;
- ULTIMA BUSTA PAGA DELLA RICHIEDENTE;
- AUTOCERTIFICAZIONE DEL GENITORE **NON** RICHIEDENTE ;
- AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI FAMIGLIA;
- IN CASO DI SENTENZA DI SEPARAZIONE/DIVORZIO, COPIA DELLA PRATICA.
- VECCHIA AUTORIZZAZIONE ANF;



Richiesta di pagamento delle prestazioni a sostegno del reddito - 1/2

ALL'UFFICIO INPS DI

COGNOME NOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

RESIDENTE/DOMICILIATO IN

PROV. STATO

INDIRIZZO CAP

TELEFONO * CELLULARE *

INDIRIZZO E-MAIL*

Poiché ho richiesto la seguente prestazione:

Chiedo il pagamento con:

- bonifico domiciliato presso Ufficio Postale (il pagamento in contanti è consentito solo entro il limite previsto dalla normativa vigente)
- conto corrente bancario o postale - Libretto postale - Carte di pagamento dotate di IBAN presso:

BANCA/POSTA

AGENZIA N./FILIALE INDIRIZZO

CAP CITTÀ



Richiesta di pagamento delle prestazioni a sostegno del reddito - 2/2

Se il pagamento è richiesto con accredito su conto corrente bancario o postale, su libretto postale o su carta prepagata, la Banca o la Posta deve compilare la parte sottostante.

SUL MIO CONTO CORRENTE NOMINATIVO

CODICE IBAN
(composto da 27 caratteri)

data _____

firma del funzionario _____

timbro della banca/posta

SUL MIO LIBRETTO POSTALE

CODICE IBAN
(composto da 27 caratteri)

data _____

firma del funzionario _____

timbro della posta

SU CARTA PREPAGATA N. _____

CODICE IBAN
(composto da 27 caratteri)

data _____

firma del funzionario _____

timbro della banca/posta

Dichiaro che l'IBAN indicato è a me intestato ed è abbinato al seguente:

CODICE FISCALE

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dell'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000).

Data _____

Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del seguente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti "Codice"), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire l'istanza e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto. Il conferimento dei dati non contrassegnati con un asterisco è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente per l'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore della struttura territorialmente competente anche per il tramite dell'agenzia stessa.