

# MODELLO DI DOMANDA ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE

per il periodo 01/07/2019 - 30/06/2020



## Regione Siciliana

Assessorato regionale delle Autonomie Locali e della Funzione Pubblica  
Dipartimento Regionale della Funzione Pubblica e del Personale  
Servizio 2 - Trattamento Economico fondamentale e posizioni assicurative  
Viale Regione Siciliana, 2194 - 90135 Palermo  
Mail: economicoindeterminato.fp@regione.sicilia.it  
Pec: dipartimento.funzione.pubblica@certmail.regione.sicilia.it

### Dati del Richiedente

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Matricola

Recapito cellulare

Stato civile: indicare una voce dal menu a tendina

In servizio presso

Titolare di pensione - iscrizione n

### CHIEDE

selezionare con la "X" l'opzione scelta

l'attribuzione

la rideterminazione

dell'assegno per il nucleo familiare a decorrere dalla data del

### Componenti del nucleo familiare

Cognome e Nome


Data di nascita

Parentela

Posiz. (vedi legenda)

Dichiarante


### (LEGENDA POSIZ) :

Per ogni componente indicare, nel menu a tendina sopra, se presente, una o più delle seguenti posizioni :

"S" Studente.

Nel caso in cui lo studente abbia un'età compresa fra i 18 ed i 21 anni usare la sigla "S ed anche M"

"A" Apprendista.

Nel caso in cui l'apprendista abbia un'età compresa fra i 18 e i 21 anni usare la sigla "A ed anche M".

"I": persona che si trova, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro ovvero minorenne con difficoltà persistente a svolgere le funzioni proprie della sua età (si allega, in quanto non ancora presentata, la certificazione - o copia autenticata - rilasciata dalle competenti Commissioni sanitarie.

"O": orfano/a

**DETERMINAZIONE DEL REDDITO FAMILIARE ANNUO**

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 ed euro 1.032,91 annui (già lire 2.000.000) - percepiti dai componenti il proprio nucleo familiare indicati nel precedente riquadro,

**nell'anno 2018**

<i>Redditi</i>	<i>Dichiarante</i>	<i>Coniuge o unito civilmente (vedi legenda "A")</i>	<i>Altri familiari (vedi legenda "B")</i>	<i>Redditi</i>
1) <i>Reddito da lavoro dipendente e assimilati</i>				
2) <i>Reddito a tassazione separata</i>				
3) <i>Altri redditi</i>				
4) <i>Redditi esenti</i>				

**REDDITO COMPLESSIVO**

**A ) coniuge non legalmente ed effettivamente separato**

**B ) 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**

**1) importi di cui ai punti 1, 2, 3, 4, 5, 481, 496 e 497 del C.U. 2019, nonché altri eventuali redditi da considerare ai fini del trattamento di famiglia ai sensi della normativa vigente.**

**2) importi di cui ai punti 511 e 512 del C.U. 2019; sono esclusi i trattamenti di fine rapporto e le anticipazioni su tali trattamenti.**

**3) importi desumibili dai vigenti modelli fiscali (per il mod.730 vedere mod.730-3, righe 1, 2, 3, 5, 6, 7, 147 e 148; per il modello UNICO vedere i dati riportati nei singoli quadri)**

**4) vanno inclusi anche i redditi assoggettati a ritenuta d'imposta alla fonte o ad imposta sostitutiva (interessi su depositi, su titoli, ecc.) se superiori, complessivamente, ad euro 1.032,91 annui**

## DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL CONIUGE

(Compilare e sbarrare la casella)

Cognome e Nome

Data

Luogo di nascita

Il/La sottoscritto/a

Consapevole delle sanzioni previste per coloro che rendono attestazioni false

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che :

BARRARE  
CON LA "X"

Per i soggetti indicati nella tabella della composizione del nucleo familiare  
**NON**  
ha richiesto né richiederà altro trattamento di famiglia

Data

Firma del coniuge

---

## DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL RICHIEDENTE

(Compilare e sbarrare la casella)

Cognome e Nome

Data

Luogo di nascita

Il/La sottoscritto/a

Consapevole delle sanzioni previste per coloro che rendono attestazioni false

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che :

BARRARE  
CON LA "X"

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 altro...)

Le notizie indicate nel presente modello sono complete e veritiere

si impegna a segnalare le variazioni della situazione entro 30 giorni

Data

Firma del richiedente

Data

Firma del richiedente

**N.B.:** Le istanze e le dichiarazioni devono essere sottoscritte in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate o inviate unitamente a **copia del documento di riconoscimento di ciascuno dei sottoscrittori.**

Resta ferma la facoltà dell'amministrazione di sottoporre a verifica le notizie indicate nel presente modello di domanda