



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 (compilare)

Cognome e Nome

Data di nascita

relazione di parentela

* Posiz : leggi sotto

(dichiarante)

indicare se 1 o 2

* Per ogni componente indicare la scelta tra opzione 1 o opzione 2

"1": persona che si trova, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro

"2": minorenni 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.

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 2024

<i>Redditi</i>	<i>Dichiarante</i>	<i>Coniuge o unito/a civilmente (*)</i>	<i>Altri familiari (**)</i>	<i>Totali</i>
1) <i>Reddito da lavoro dipendente e assimilati</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2) <i>Reddito a tassazione separata</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3) <i>Altri redditi</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4) <i>Redditi esenti</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

REDDITO COMPLESSIVO

(*) **non legalmente ed effettivamente separato**

(**) **fratelli, sorelle, nipoti.**

NOTE PER L'INDIVIDUAZIONE DEI REDDITI

1) importi di cui ai punti 1, 2, 3, 4, 5, 481, 496 e 497 del C.U. 2025, 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. 2025; 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 O DELLA PARTE UNITA CIVILMENTE

(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 o della parte unita civilmente

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL RICHIEDENTE

(Compilare e barrare 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

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