

DOMANDA DI ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE

All' Università degli Studi della Tuscia
Ufficio Stipendi
Via S.Maria in Gradi, 4 - 01100 VITERBO

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE
(Compilare e barrare le caselle)

Cognome e Nome Codice fiscale

Luogo di nascita Data di nascita

celibe/nubile
 coniugato/a
 vedovo/a
 separato/a
 divorziato/a
 tecnico/amministrativo
 docente/ricercatore
 collaboratore linguistico

Matricola in servizio presso Tel.

CHIEDE

l'attribuzione
 la rideterminazione

dell'assegno per il nucleo familiare a decorrere dal

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE
(Compilare)

Cognome e nome	Codice fiscale	Relazione di parentela	Data di nascita	Posizione (*)
<input style="width: 260px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 140px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 180px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 90px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 90px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 260px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 140px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 180px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 90px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 90px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 260px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 140px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 180px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 90px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 90px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 260px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 140px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 180px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 90px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 90px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 260px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 140px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 180px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 90px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 90px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 260px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 140px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 180px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 90px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 90px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 260px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 140px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 180px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 90px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 90px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 260px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 140px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 180px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 90px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 90px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 260px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 140px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 180px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 90px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 90px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 260px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 140px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 180px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 90px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 90px; height: 25px;" type="text"/>

(*) per ogni componente indicare, se presente, una o più delle seguenti posizioni:

"S" : studente. Per i figli di età compresa fra i 18 e i 21 anni aggiungere la lettera "M".
 "A" : apprendista. Per i figli di età compresa fra i 18 e i 21 anni aggiungere la lettera "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 dalla U.S.L. o dalle preesistenti Commissioni sanitarie).
 "O" : orfano/a.

DETERMINAZIONE DEL REDDITO FAMILIARE ANNUO

(Compilare)

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 2012

Redditi	Dichiarante	Coniuge (*)	Altri familiari (**)	Totali

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

- 1) importi di cui ai punti 1, 2, 3, 4, 5, 481, 496 e 497 del C.U. 2018 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. 2018;
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 barrare la casella)

Il/La sottoscritto/a

Cognome e Nome

Codice fiscale

Luogo di nascita

Data di nascita

Datore di lavoro

Indirizzo datore lav.

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.

Data

Firma del coniuge

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL RICHIEDENTE

(Compilare e barrare le caselle)

Il/La sottoscritto/a

Cognome e Nome

Codice fiscale

Luogo di nascita

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 del richiedente