



Assegno per il nucleo familiare - 1/7

(Domanda per lavoratori beneficiari di indennità di disoccupazione o per particolari tipologie di pagamento diretto a carico dell'INPS)

● Dati richiedente Io sottoscritto/a

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

NATO/A IL GG/MM/AAAA A PROV.

STATO CITTADINANZA

RESIDENTE O DOMICILIATO IN PROV.

STATO INDIRIZZO CAP

TELEFONO*

CELLULARE*

EMAIL*

PEC*

● Stato civile (barrare la casella corrispondente)

- celibe/nubile
- coniugato/a dal (gg/mm/aaaa) -----
- vedovo/a dal (gg/mm/aaaa) -----
- separato/a legalmente dal (gg/mm/aaaa) -----
- divorziato/a dal (gg/mm/aaaa) -----
- abbandonato/a dal (gg/mm/aaaa) -----
- unito/a civilmente dal (gg/mm/aaaa) -----
- sciolto/a da unione civile dal (gg/mm/aaaa) -----
- parte superstite dell'unione civile dal (gg/mm/aaaa) -----

● Chiedo l'assegno per il nucleo familiare per il periodo dal (gg/mm/aaaa) ----- al (gg/mm/aaaa) ----- quale:

(barrare la casella corrispondente)

- beneficiario di indennità di disoccupazione non agricola
- beneficiario di prestazioni antitubercolari
- beneficiario di particolari tipologie di pagamento diretto (specificare quale) -----



Assegno per il nucleo familiare - 2/7

(Domanda per lavoratori beneficiari di indennità di disoccupazione o per particolari tipologie di pagamento diretto a carico dell'INPS)

Componenti del nucleo familiare del richiedente

(Dichiarazione sostitutiva della certificazione ai sensi dell'articolo 46 del Decreto del Presidente della Repubblica 445 del 2000)

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

1

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

NATO/A IL GG/MM/AAAA A PROV.

STATO RELAZIONE DI PARENTELA

inabile

residente in Italia

residente all'estero

IN PROV CAP

INDIRIZZO STATO

2

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

NATO/A IL GG/MM/AAAA A PROV.

STATO RELAZIONE DI PARENTELA

inabile

residente in Italia

residente all'estero

IN PROV CAP

INDIRIZZO STATO

3

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

NATO/A IL GG/MM/AAAA A PROV.

STATO RELAZIONE DI PARENTELA

inabile

residente in Italia

residente all'estero

IN PROV CAP

INDIRIZZO STATO

Assegno per il nucleo familiare - 3/7

(Domanda per lavoratori beneficiari di indennità di disoccupazione o per particolari tipologie di pagamento diretto a carico dell'INPS)

Componenti del nucleo familiare del richiedente

(Dichiarazione sostitutiva della certificazione ai sensi dell'articolo 46 del Decreto del Presidente della Repubblica 445 del 2000)

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

4

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

NATO/A IL GG/MM/AAAA A PROV.

STATO RELAZIONE DI PARENTELA

inabile

residente in Italia

residente all'estero

IN PROV CAP

INDIRIZZO STATO

5

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

NATO/A IL GG/MM/AAAA A PROV.

STATO RELAZIONE DI PARENTELA

inabile

residente in Italia

residente all'estero

IN PROV CAP

INDIRIZZO STATO

6

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

NATO/A IL GG/MM/AAAA A PROV.

STATO RELAZIONE DI PARENTELA

inabile

residente in Italia

residente all'estero

IN PROV CAP

INDIRIZZO STATO



Assegno per il nucleo familiare - 4/7

(Domanda per lavoratori beneficiari di indennità di disoccupazione o per particolari tipologie di pagamento diretto a carico dell'INPS)

● Redditi conseguiti dal richiedente e dai componenti il nucleo

Dichiaro che:

nell'anno 20 ____ io e i miei familiari

non abbiamo conseguito redditi

abbiamo conseguito i seguenti redditi (compilare la tabella sottostante)

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

TITOLARE DEI REDDITI	REDDITI ASSOGGETTABILI ALL'IRPEF			
	1	2	3	4
	reddito da lavoro dipendente e assimilati	altri redditi	Mod. fiscale	reddito complessivo
RICHIEDENTE				
CONIUGE / PARTE DI UNIONE CIVILE				
FAMILIARI				
TOTALE				

TITOLARE DEI REDDITI	REDDITI ESENTI DA IMPOSTA O SOGGETTI A RITENUTA ALLA FONTE A TITOLO D'IMPOSTA O IMPOSTA SOSTITUTIVA			
	1	2	3	4
	reddito da lavoro dipendente e assimilati	altri redditi	Mod. fiscale	reddito complessivo
RICHIEDENTE				
CONIUGE / PARTE DI UNIONE CIVILE				
FAMILIARI				
TOTALE				

Assegno per il nucleo familiare - 5/7

(Domanda per lavoratori beneficiari di indennità di disoccupazione o per particolari tipologie di pagamento diretto a carico dell'INPS)

● Dichiarazione di responsabilità del richiedente (Decreto del Presidente della Repubblica 445 del 2000)

Dichiaro che:

- non percepisco, nè altre persone percepiscono, trattamenti di famiglia italiani o esteri per le persone indicate nella composizione del nucleo familiare
- percepisco il trattamento di famiglia per le persone del nucleo indicate alle pagine 2 e 3 per un importo mensile di euro pagato da
(indicare l'Ente e in caso di trattamento estero, lo Stato che lo corrisponde)
- ho richiesto il trattamento di famiglia per le persone del nucleo indicate alle pagine 2 e 3
pagato da
(indicare l'Ente e in caso di trattamento estero, lo Stato che lo corrisponde)

Data Firma del richiedente

● Dichiarazione di un altro componente del nucleo familiare che percepisce o ha richiesto il trattamento di famiglia

lo sottoscritto/a

COGNOME NOME

NATO/A IL GG/MM/AAAA A

CODICE FISCALE

- percepisco il trattamento di famiglia per le persone del nucleo indicate alle pagine 2 e 3 per un importo mensile di euro pagato da
(indicare l'Ente e in caso di trattamento estero, lo Stato che lo corrisponde)
- ho richiesto il trattamento di famiglia per le persone del nucleo indicate alle pagine 2 e 3
pagato da
(indicare l'Ente e in caso di trattamento estero, lo Stato che lo corrisponde)

Data Firma dell'altro componente del nucleo familiare

Assegno per il nucleo familiare - 6/7

(Domanda per lavoratori beneficiari di indennità di disoccupazione o per particolari tipologie di pagamento diretto a carico dell'INPS)

Richiesta del coniuge o della parte di unione civile del richiedente per il pagamento dell'assegno per il nucleo familiare

Questa parte va utilizzata soltanto se il coniuge o la parte di unione civile del richiedente, che non ha autonomo titolo all'assegno, vuole percepire direttamente l'assegno (articolo 1, comma 559 della legge 311 del 2004).

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>		
NATO/A IL	GG/MM/AAAA	<input type="text"/>	A <input type="text"/>
		PROV.	<input type="text"/>
STATO	<input type="text"/>	CITTADINANZA	<input type="text"/>
RESIDENTE IN	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
		STATO	<input type="text"/>
INDIRIZZO	<input type="text"/>		CAP <input type="text"/>
TELEFONO*	<input type="text"/>		
CELLULARE*	<input type="text"/>		
EMAIL*	<input type="text"/>		

Dichiaro, in qualità di coniuge o parte di unione civile del richiedente, di non essere titolare di un autonomo diritto al pagamento dell'assegno per il nucleo familiare.

Chiedo, quindi, il pagamento dell'assegno ai sensi dell'articolo 1, comma 559 della legge 311 del 2004.

Modalità di pagamento

Bonifico domiciliato presso ufficio postale
(Il pagamento in contanti presso lo sportello postale è consentito solo entro il limite previsto dalla normativa vigente)

Accredito su conto corrente bancario o postale – libretto postale – carta di pagamento dotata di IBAN

CODICE IBAN

(composto da 27 caratteri)

Dichiaro che il suddetto IBAN è a me intestato o cointestato, in qualità di richiedente la prestazione.

Nel caso di richiesta di accredito su IBAN Area SEPA (extra Italia) il beneficiario della prestazione è tenuto ad allegare il modulo di identificazione finanziaria MV70, disponibile su www.inps.it, se non già prodotto all'INPS in occasione di precedenti richieste di pagamento.

Data _____

Firma del coniuge o della parte di unione civile _____

Assegno per il nucleo familiare - 7/7

(Domanda per lavoratori beneficiari di indennità di disoccupazione o per particolari tipologie di pagamento diretto a carico dell'INPS)

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

Mandato di assistenza e rappresentanza

Delego il patronato _____
presso il quale eleggo domicilio (ai sensi dell'articolo 47 del codice civile) a rappresentarmi e assistermi gratuitamente nei confronti di
INPS, per la trattazione della presente domanda.

Data _____ Timbro del Patronato e firma dell'Operatore _____

Dichiarazione di responsabilità

Mi impegno a comunicare, entro 30 giorni, qualsiasi variazione; sono consapevole che la mancata o tardiva comunicazione di tali variazioni comporterà il recupero delle somme percepite indebitamente.

Dichiaro che le notizie da me fornite in questo modulo e i documenti ad esso allegati rispondono a verità; sono consapevole che l'INPS effettuerà controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive e che, in caso di dichiarazioni false, sono previste sanzioni penali e la decadenza dai benefici ottenuti (articoli 46, 47, 71, 75 e 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 445 del 2000).

Dichiarazione di responsabilità

Dichiaro l'assenza nel nucleo familiare di figli a carico

- di età inferiore a 18 anni compiuti;
- di età inferiore a 21 anni compiuti per i quali ricorra una delle seguenti condizioni:
 - frequenti un corso di formazione scolastica o professionale, ovvero un corso di laurea
 - svolga un tirocinio ovvero un'attività lavorativa e possieda un reddito complessivo inferiore a 8.000 euro annui
 - sia registrato come disoccupato e in cerca di un lavoro presso i servizi pubblici per l'impiego
 - svolga il servizio civile universale.
- con disabilità, senza limiti di età.

Dichiaro di non percepire e di non far parte di un nucleo familiare che percepisce l'Assegno Unico.

Data _____ Firma del richiedente _____

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

L'INPS, in qualità di Titolare del trattamento, con sede legale in Roma, via Ciriaco De Mita, n. 21, la informa che i dati personali forniti nell'ambito del procedimento che la riguarda, compresi quelli di cui agli artt. 9 e 10 del Regolamento UE 2016/679 (di seguito, "Regolamento UE"), sono trattati in osservanza dei presupposti e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE medesimo e dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche ed integrazioni, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali", al fine di definire la domanda e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse o per garantire il rispetto di obblighi di legge. Il trattamento dei suoi dati personali potrà avvenire mediante l'utilizzo di strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti, in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza nel rispetto delle indicazioni previste dal Regolamento UE, a partire da quanto indicato agli artt. da 5 a 11, e sarà svolto da dipendenti dell'Istituto appositamente autorizzati ed istruiti. Solo eccezionalmente, i suoi dati potranno essere conosciuti e trattati da soggetti che, nel fornire specifici servizi o svolgere attività strumentali per conto dell'INPS, operano in qualità di Persone autorizzate o Responsabili del trattamento designati dall'Istituto, nel rispetto e con le garanzie a tale scopo indicate dal Regolamento UE. I suoi dati personali potranno essere diffusi esclusivamente se ciò sia previsto dalla base giuridica per cui si procede e, in linea con tale requisito, è altresì ammessa la comunicazione di selezionati dati oggetto di trattamento dall'INPS ad altri soggetti pubblici o privati; si tratta di autonomi Titolari del trattamento, che possono operare nei limiti strettamente necessari per la sola finalità per cui si è operata la comunicazione. Il conferimento dei dati non indicati con asterisco è obbligatorio, poiché previsto dalle leggi, dai regolamenti o dalla normativa comunitaria, che disciplinano la prestazione e gli adempimenti ad essa connessi; la mancata fornitura dei dati richiesti può comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti, oltre che, in taluni casi individuati dalla normativa di riferimento, anche l'applicazione di sanzioni. Alcuni trattamenti effettuati dall'INPS, per le finalità elencate in precedenza, possono prevedere il trasferimento dei dati personali all'estero, all'interno e/o all'esterno dell'Unione Europea. Qualora ciò sia necessario, l'INPS nel garantire il rispetto del Regolamento UE (art. 45), procede al trasferimento dei dati soltanto verso quei Paesi che garantiscono un adeguato livello di protezione degli stessi. Nei casi previsti, lei ha il diritto di opporsi al trattamento o ad ottenere dall'INPS, in qualunque momento, l'accesso ai dati personali che la riguardano, la rettifica o la cancellazione degli stessi e la limitazione del trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). L'apposita istanza può essere presentata all'INPS tramite il Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo: INPS - Responsabile della Protezione dei dati personali, Via Ciriaco De Mita, n. 21, cap. 00144, Roma; posta elettronica certificata: responsabileprotezionedati.inps@postacert.inps.gov.it. Qualora ritenga che il trattamento di dati personali che la riguardano sia effettuato dall'INPS in violazione di quanto previsto dal Regolamento UE, ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (art. 77 del Regolamento UE) o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 Regolamento UE). Ulteriori informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati e ai diritti che le sono riconosciuti possono essere reperite sul sito istituzionale www.inps.it, "Informazioni sul trattamento dei dati personali degli utenti dell'INPS, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679", oppure sul sito www.garanteprivacy.it del Garante per la protezione dei dati personali.