

PROTOCOLLO



## Assegni familiari Domanda per coltivatori diretti, mezzadri e coloni - 1/5

Periodo dal ..... al ..... (gg/mm/aaaa)

ALL'UFFICIO INPS DI

COGNOME   NOME

CODICE FISCALE   NATO/A IL GG/MM/AAAA

A   PROV.   STATO

RESIDENTE DOMICILIATO IN   PROV.

STATO   CITTADINANZA

INDIRIZZO   CAP

TELEFONO\*   CELLULARE\*

INDIRIZZO EMAIL\*

### ● Stato civile

Barrare la casella corrispondente

- celibe/nubile  divorziato/a dal .....  coniugato/a dal .....
- vedovo/a dal .....  separato/a legalmente dal .....  abbandonato/a dal .....

### ● Dichiaro

Barrare la casella corrispondente

- di essere iscritto  di aver presentato richiesta di iscrizione

negli elenchi dei coltivatori diretti, mezzadri e coloni del Comune di .....  
dal (gg/mm/aaaa) .....

in qualità di:

- coltivatore diretto titolare di impresa  mezzadro o colono (capoccia)
- familiare del titolare di impresa  familiare del mezzadro o colono

### ● Dati del titolare di impresa (Indicare solo se diversa dal richiedente)

COGNOME   NOME

CODICE FISCALE

\* Dati facoltativi



## Assegni familiari

### Domanda per coltivatori diretti, mezzadri e coloni - 2/5

- **Indicare gli altri componenti del nucleo familiare**  
(Dichiarazione sostitutiva della certificazione ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000)

1 - Cognome ..... Nome .....

Codice fiscale ..... nato/a il (gg/mm/aaaa) ..... a .....

Prov. .... Stato ..... Relazione di parentela .....

a carico       non a carico       convivente       non convivente

studente       apprendista       inabile

2 - Cognome ..... Nome .....

Codice fiscale ..... nato/a il (gg/mm/aaaa) ..... a .....

Prov. .... Stato ..... Relazione di parentela .....

a carico       non a carico       convivente       non convivente

studente       apprendista       inabile

3 - Cognome ..... Nome .....

Codice fiscale ..... nato/a il (gg/mm/aaaa) ..... a .....

Prov. .... Stato ..... Relazione di parentela .....

a carico       non a carico       convivente       non convivente

studente       apprendista       inabile

4 - Cognome ..... Nome .....

Codice fiscale ..... nato/a il (gg/mm/aaaa) ..... a .....

Prov. .... Stato ..... Relazione di parentela .....

a carico       non a carico       convivente       non convivente

studente       apprendista       inabile

5 - Cognome ..... Nome .....

Codice fiscale ..... nato/a il (gg/mm/aaaa) ..... a .....

Prov. .... Stato ..... Relazione di parentela .....

a carico       non a carico       convivente       non convivente

studente       apprendista       inabile

- **Chiedo**  
Gli assegni per i familiari indicati ai numeri .....





## Assegni familiari

### Domanda per coltivatori diretti, mezzadri e coloni - 3/5

#### ● Dichiarazione di responsabilità del richiedente sui redditi dei familiari a carico

#### A) Dati del familiare a carico del richiedente gli assegni

● Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
 Nato/a il \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_  
 Cittadinanza \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 Stato \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_  
 Professione \_\_\_\_\_ Relazione di parentela con il richiedente \_\_\_\_\_

#### B) Ulteriori dati relativi all'attività lavorativa del familiare a carico

● Qualifica/tipo di attività esercitata \_\_\_\_\_  
 Comune di iscrizione \_\_\_\_\_ Numero giornate lavorate \_\_\_\_\_  
 Cognome e nome del datore di lavoro/titolare d'impresa \_\_\_\_\_  
 Indirizzo del datore di lavoro/titolare d'impresa \_\_\_\_\_

Il punto B va compilato solo se il familiare a carico è un lavoratore dipendente (agricolo o non agricolo) o un lavoratore autonomo.

- Se lavoratore dipendente non agricolo, occorre indicare il Nome, il Cognome e l'Indirizzo del datore di lavoro.
- Se lavoratore dipendente agricolo, occorre indicare:
  - la Qualifica (operaio comune, operaio specializzato, operaio qualificato o impiegato);
  - se operaio: il Comune di iscrizione e il numero delle giornate lavorate
  - se impiegato: il Nome, il Cognome e l'Indirizzo del datore di lavoro.
- Se lavoratore autonomo: il tipo di attività svolta; il Nome, il Cognome e l'indirizzo del titolare d'impresa.

#### C) Dati relativi ai redditi percepiti dal familiare a carico

Dichiaro  di non percepire un reddito  di percepire un reddito

Fonti di reddito	Importo mensile
lavoro dipendente non agricolo	
lavoro dipendente agricolo	
lavoro autonomo	
attività professionale o d'impresa	
pensione o rendita (indicare l'Ente erogatore, la categoria e il n. di pensione)	
prestazioni assicurative a carattere temporaneo (indennità di malattia, di maternità, di infortunio o malattia professionale, integrazioni salariali, indennità e trattamenti speciali di disoccupazione)	
terreni	
fabbricati	
altre fonti (indicare quali) _____	
<b>Totale complessivo del reddito mensile</b>	



## Assegni familiari

### Domanda per coltivatori diretti, mezzadri e coloni - 4/5

#### ● Redditi conseguiti dal richiedente e dai componenti il nucleo

##### Dichiaro che io e i miei familiari

- non abbiamo conseguito redditi
  abbiamo conseguito i seguenti redditi

TITOLARE DEI REDDITI	ANNO _ _ _ _ _		
	redditi assoggettabili all'IRPEF	redditi esenti da imposta o soggetti a ritenuta alla fonte	totale redditi
RICHIEDENTE			
CONIUGE			
FAMILIARI			
TOTALE			

TITOLARE DEI REDDITI	ANNO _ _ _ _ _		
	redditi assoggettabili all'IRPEF	redditi esenti da imposta o soggetti a ritenuta alla fonte	totale redditi
RICHIEDENTE			
CONIUGE			
FAMILIARI			
TOTALE			

Assegno di mantenimento del coniuge € \_ \_ \_ \_ \_

#### ● Dichiarazione di responsabilità del richiedente

##### 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 ai numeri \_ \_ \_ \_ \_ di pag. 2 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 ai numeri \_ \_ \_ \_ \_ di pag. 2 per un importo mensile di euro \_ \_ \_ \_ \_ richiesto a \_ \_ \_ \_ \_  
*(indicare l'Ente e in caso di trattamento estero, lo Stato che lo corrisponde)*



## Assegni familiari

### Domanda per coltivatori diretti, mezzadri e coloni - 5/5

#### ● Indicare se altre persone percepiscono o hanno richiesto il trattamento di famiglia

● Cognome ..... Nome .....  
Codice fiscale ..... nato/a il (gg/mm/aaaa) ..... a .....

percepisce il trattamento di famiglia per le persone del nucleo indicate ai numeri ..... di pag. 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)

ha chiesto il trattamento di famiglia per le persone del nucleo indicate ai numeri ..... di pag. 2 e 3 per un importo mensile di euro ..... richiesto a .....  
(indicare l'Ente e in caso di trattamento estero, lo Stato che lo corrisponde)

#### ● Modalità di pagamento

- Bonifico presso Ufficio postale  
 Conto corrente bancario o postale - libretto postale - Inps Card - Carte di pagamento dotate di IBAN

CODICE IBAN   
(composto da 27 caratteri)

#### ● Delega al Patronato

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

● **Dichiaro** che le notizie da me fornite in questo modulo ed i documenti ad esso allegati rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000)

**Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.**

**Dichiaro che le notizie da me fornite in questo modulo ed i documenti ad esso allegati rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni 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 "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 presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.