

PROTOCOLLO

Spett.le  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
VIBO VALENTIA

La regolare attribuzione dell' A.N.F. avverrà solo se si utilizzerà esclusivamente il presente modello il quale dovrà essere compilato correttamente in tutte le sue parti e comprensivo di eventuali allegati richiesti. Resta ferma la facoltà dell'Amministrazione di sottoporre a verifica le notizie indicate e autocertificate.

**DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE**

(Compilare e barrare le caselle)

cognome e nome luogo e data di nascita  
   
 codice fiscale via e comune residenza  
 celibe/nubile  coniugato/a  vedovo/a  separato/a (1)  divorziato/a (2)  
 in servizio presso  tel.   
 l'attribuzione  variazione

(1) allegare copia sentenza di separazione (Giudiziale o Consensuale omologata) da cui risulti l'affidamento dei figli  
 (2) allegare copia sentenza di divorzio da cui risulti l'affidamento dei figli  
 N.B. Se l'affido è congiunto allegare copia del documento di riconoscimento e autocertificazione dell'ex coniuge da cui si evince la propria rinuncia alla percezione dell'assegno e l'accordo che lo percepisca il dipendente.

**COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE**

(Compilare e barrare le caselle)

	cognome e nome	cod. fiscale	data di nascita	relazione parentela	posiz. *
1)				RICHIEDENTE	
2)					
3)					
4)					
5)					
6)					
7)					

(\*) per 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 compilare anche il modello di autocertificazione).  
 "A": apprendista (per i figli di età compresa fra i 18 e i 21 anni compilare anche il modello di autocertificazione).  
 "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. Lo stato di inabilità deve essere comprovato allegando: per i maggiorenti la certificazione o copia autenticata rilasciata dalle competenti Commissioni Sanitarie comprovante il riconoscimento dello stato invalidante al 100% ; per i minorenni attestazione rilasciata dalle competenti Commissioni Sanitarie comprovante la persistente difficoltà a svolgere le funzioni proprie della sua età.  
 Non sono valide le certificazioni della legge 104

**DETERMINAZIONE DEL REDDITO FAMILIARE ANNUO**  
(*Compilare*)

anno 2014

redditi	dichiarante	coniuge (*)	altri familiari (**)	totali
Modello Fiscale				
1) redditi da lavoro dipendente e assimilati				
1) redditi a tassazione separata				
2) altri redditi compreso Lavoro Autonomo				
3) redditi esenti				
<b>totali</b>				

**REDDITO COMPLESSIVO**

- 1 Vanno considerati gli importi dei redditi di lavoro dipendente ed assimilati, da pensione e quelli a tassazione separata. Vanno incluse anche le indennità di disoccupazione, malattia, cassa integrazione, ecc. (percepiti in Italia o all'estero).
- 2 Vanno indicati i redditi di qualsiasi natura derivanti da lavoro autonomo, da fabbricati, da terreni, al lordo dell'eventuale deduzione dell'abitazione principale
- 3 Vanno indicati i redditi assoggettati a ritenuta d'imposta alla fonte o ad imposta sostitutiva (interessi su depositi bancari, su titoli, ecc.) se superiori complessivamente ad € 1.032,91 annue. Le indennità per i non vedenti, sordomuti e invalidi civili, pensioni sociali ecc..  
Non devono dichiararsi le indennità di accompagnamento.

(\*) 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.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CONIUGE (artt.46 e 47 D.P.R. n.445/2000)  
(*Compilare e barrare le caselle*)

Il/La sottoscritt

cognome e nome

luogo e 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.

Ai sensi dell'art. 38 T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445 la presente dichiarazione sarà valida solo allegando fotocopia leggibile di un documento di identità valido per ogni dichiarante che sottoscrive la dichiarazione

Data

Firma del coniuge

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL RICHIEDENTE (artt.46 e 47 D.P.R. n.445/2000)  
(*Compilare e barrare le caselle*)

Il/La sottoscritt

cognome e nome

luogo e 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);
- il figlio, di età compresa fra i 18 ed i 21 anni, indicato nella tabella della composizione del nucleo familiare al n. .... è studente;
- il figlio, di età compresa fra i 18 ed i 21 anni, indicato nella tabella della composizione del nucleo familiare al n. .... è apprendista;
- le notizie indicate nel presente modello di domanda sono complete e veritiere;
- si impegna a segnalare le variazioni della situazione dichiarata entro 30 giorni.

Ai sensi dell'art. 38 T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445 la presente dichiarazione sarà valida solo allegando fotocopia leggibile di un documento di identità valido per ogni dichiarante che sottoscrive la dichiarazione

Data

Firma del richiedente