iPost

Mod. RANF

Istituto Postelegrafonici
Gestione Previdenziale
Viale Trieste 234
61100 PESARO

Protocollo

Richiesta Assegno per il nucleo familiare

Il/la sottoscritto/a

Dati Anagrafici																										
	Cognome																									
	Nome																									
	Nato/a il	(gg/mm/aaaa)																								
	A																						Prov.			
	Codice Fiscale																									
	Matricola												Fascicolo													

Domicilio																										
	Via																							N.ro			
	Città																							Prov.		
	Cap						Numero Telefonico																			
Residenza Fiscale		Comune																						Prov		

Chiede l'assegno per il nucleo familiare a decorrere dal …./…./……. e a tal fine
DICHIARA:

Dichiarazione					
	☐	**Di non godere della pensione INPS**			
	☐	**Di godere della pensione INPS dal**	☐☐☐☐☐☐☐☐	**Categoria**	**Numero**

Barrare con una X la casella interessata		
Stato civile		di essere CELIBE/NUBILE
		di essere VEDOVO/A
		di essere SEPARATO/A
		di essere DIVORZIATO/A

Che il proprio nucleo familiare, compreso il dichiarante è composto come segue:

1	**Cognome**																									
	Nome																									
	Data di Nascita									**Grado di Parentela**																
	Codice Fiscale																									
2	**Cognome**																									
	Nome																									
	Data di Nascita									**Grado di Parentela**																
	Codice Fiscale																									
3	**Cognome**																									
	Nome																									
	Data di Nascita									**Grado di Parentela**																
	Codice Fiscale																									

	4	**Cognome**																				
		Nome																				
		Data di Nascita									**Grado di Parentela**											
		Codice Fiscale																				
	5	**Cognome**																				
		Nome																				
		Data di Nascita									**Grado di Parentela**											
		Codice Fiscale																				
	6	**Cognome**																				
		Nome																				
		Data di Nascita									**Grado di Parentela**											
		Codice Fiscale																				

Che la persona indicata al punto ….. si trova nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro ovvero, se minorenne, ha difficoltà persistente a svolgere le funzioni proprie della sua età (si allega la certificazione rilasciata dalla A.S.L. o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali).
Che la persona indicata al punto ….è studente (si allega autocertificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 o copia del certificato di frequenza scolastico/universitaria).
Che la persona indicata al punto ….è apprendista (si allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000).

Che nell'anno	……..	Il reddito complessivo del proprio nucleo familiare percepito ammonta ad euro	
		di cui il reddito complessivo da lavoro dipendente e assimilato ammonta ad euro	

Che il reddito complessivo del proprio nucleo familiare al lordo degli oneri deducibili comprende:

- **Il reddito da lavoro dipendente e assimilato** (esempio: retribuzione, pensione, ecc.) compresi i redditi assoggettati a tassazione separata esclusi eventuali trattamenti di fine rapporto e le anticipazioni;
- **I redditi di terreni e fabbricati** (al lordo della deduzione prevista per la casa di abitazione)
- **I redditi di lavoro autonomo o d'impresa**
- **I redditi esenti od assoggettati a ritenuta d'imposta alla fonte od imposta sostitutiva** (esempio: interessi su depositi bancari, su titoli, assegni alimentari corrisposti da ex coniuge per figli ecc.) **di importo superiore annuo ad** euro 1032,91.

Che la somma dei redditi da lavoro dipendente, da pensione o da altra prestazione previdenziale derivante da lavoro dipendente è superiore od uguale al 70% del reddito complessivo del nucleo familiare.

Consapevole delle sanzioni civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri e si impegna a comunicare, entro 30 giorni, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo. Dichiara inoltre, di essere consapevole che l'omessa o incompleta comunicazione di fatti influenti sul diritto o sulla misura della prestazione, che non siano già conosciuti dall'**IPOST** comporta, oltre alle responsabilità previste dalla legge, il recupero delle somme indebitamente riscosse. (**D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000)**.

Data_____ Firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Dlgs 196/03 – Privacy.
La informiamo che il trattamento dei suoi dati personali e l'eventuale comunicazione a terzi (es. Inps, Inpdap, Poste Italiane, Banche ecc) è effettuato esclusivamente per i fini Istituzionali dell'Ipost. A tal fine possono essere utilizzati sistemi elettronici e/o automatizzati. I dati richiesti sono obbligatori, di conseguenza, in caso di rifiuto l'Ipost non sarà in grado di adempiere a quanto richiesto. I dati personali forniti ai fini dell'accesso a servizi, compreso il codice fiscale, sono utilizzabili unicamente con le modalità tecniche necessarie per identificare l'interessato e per verificare la sua legittimazione al servizio. L'accesso ai dati forniti, ai sensi dell'art. 7, è consentito scrivendo: **al Titolare dei dati -** Istituto Postelegrafonici - Viale Asia, 67 – 00144 Roma – altrimenti **al responsabile dell'Ufficio Privacy** ufficioprivacy@ipost.it.