MODELLO B

MODELLO DI DOMANDA ANF DEL GENITORE CONVIVENTE CON LA PROLE (NON DIPENDENTE DELL’ATENEO)

(Art.1, comma 559, della legge 30 dicembre 2004, n. 311)

All’Ufficio Stipendi e Trattamento Accessorio del Personale

Università degli Studi di Teramo

Questa dichiarazione va allegata alla domanda di assegno per il nucleo familiare presentata dal dipendente (avente diritto). Deve essere compilata dal genitore convivente con i propri figli (ex coniuge del dipendente) solo se il genitore convivente NON è titolare di un autonomo diritto all’assegno per il nucleo familiare

IO SOTTOSCRITTO/A

O

|  |
| --- |
| DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE  (Compilare le caselle) |
| |  | | --- | |  |   Cognome e Nome   |  | | --- | |  |   Data e Luogo di Nascita   |  | | --- | |  |   Codice Fiscale   |  | | --- | |  |   Indirizzo, cap, comune, prov.   |  | | --- | |  |   Telefono, cellulare, indirizzo e-mail |

DICHIARO

di essere ex-coniuge dell'avente diritto

di non essere titolare di un autonomo diritto alla corresponsione dell'assegno per il nucleo familiare

CHIEDO IL PAGAMENTO DELL'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE

a decorrere da………………………………………………………………………..

|  |
| --- |
| **MODALITA' DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE** |
|  |
| Accredito su c/c bancario o postale  Codice IBAN:   |  | | --- | |  | |

COMUNICO I DATI ANAGRAFICI DEL CONIUGE AVENTE DIRITTO (DIPENDENTE)

|  |
| --- |
| DATI ANAGRAFICI DEL CONIUGE AVENTE DIRITTO  (Compilare le caselle) |
| |  | | --- | |  |   Cognome e Nome   |  | | --- | |  |   Data e Luogo di Nascita   |  | | --- | |  |   Codice Fiscale   |  | | --- | |  |   Indirizzo, cap, comune, prov.   |  | | --- | |  |   Telefono, cellulare, indirizzo e-mail |

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL/DELLA RICHIEDENTE

Consapevole della responsabilità civile e penale per dichiarazioni mendaci e falsità in atti, ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR 445/200, dichiaro che le notizie fornite rispondono a verità.

Mi impegno altresì a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione autocertificata entro 30 giorni dall’avvenuto cambiamento.

DATA…………………………. FIRMA…………………………………………………

Dichiaro inoltre di aver preso visione dell’informativa allegata sul trattamento dei dati.

DATA…………………………. FIRMA…………………………………………………