

MODELLO DI DOMANDA ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE
per il periodo **01/07/2025 - 30/06/2026**

ALL'ASSESSORATO REGIONALE DEL TERRITORIO
DELL'AMBIENTE - COMANDO CORPO FORESTALE
SERVIZIO 2 "GESTIONE ECONOMICA"
VIA UGO LA MALFA 87/89 - 90146 PALERMO
comando.corpo.forestale@certmail.regione.sicilia.it

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE
(*Compilare e barrare le caselle*)

(cognome e nome)

(codice fiscale)

(luogo e data di nascita)

(matricola)

celibe/nubile coniugato/a unito/a civilmente vedovo/a separato/a divorziato/a

in servizio presso

cell.

CHIEDE

l'attribuzione

la rideterminazione

dell'assegno per il nucleo familiare a decorrere dal

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE
(*Compilare*)

cognome e nome

relazione di parentela
(*)

data di nascita

posiz.
(**)

| | | | | |
|-----|----------------------|------------------------------------|----------------------|----------------------|
| 1) | <input type="text"/> | <input type="text"/> (richiedente) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

(*): legenda parentela:

coniuge,genitore,nipote, unito/a civilmente, zio,a.

(**): legenda posiz.:

*Per ogni componente indicare la scelta tra opzione 1 o opzione 2:

"1": persona che si trova, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro

"2":minorenne con difficoltà persistente a svolgere le funzioni proprie della sua età

(si allega, in quanto non ancora presentata, la certificazione - o copia autenticata - rilasciata dalle competenti Commissioni sanitarie.

DETERMINAZIONE DEL REDDITO FAMILIARE ANNUO
(Compilare)

Vanno considerati i redditi - assoggettabili ad Irpef, compresi quelli a tassazione separata, al lordo degli oneri deducibili e delle detrazioni d'imposta nonché i redditi esenti da imposta o assoggettati ad imposta sostitutiva, in quanto di importo superiore ed euro 1.032,91 annui (già lire 2.000.000) - percepiti dai componenti il proprio nucleo familiare indicati nel precedente riquadro,

nell'anno

2024

| redditi | dichiarante | coniuge o unito/a | altri familiari (**) | redditi |
|--|-------------|-------------------|----------------------|---------|
| | | civilmente (*) | | |
| 1) redditi da lavoro dipendente e assimilati | | | | |
| 2) redditi a tassazione separata | | | | |
| 3) altri redditi | | | | |
| 4) redditi esenti | | | | |
| totali | | | | |

REDDITO COMPLESSIVO

(*) coniuge non legalmente ed effettivamente separato.

(**) fratelli, sorelle, nipoti

NOTE PER L'INDIVIDUAZIONE DEI REDDITI

- 1) importi di cui ai punti 1, 2, 3, 4, 5, 481, 496 e 497 della C.U. 2025, nonché altri eventuali redditi da considerare ai fini del trattamento di famiglia ai sensi della normativa vigente.
- 2) importo di cui al punto 511 e 512 della C.U. 2025; sono esclusi i trattamenti di fine rapporto e le anticipazioni su tali trattamenti.
- 3) importi desumibili dai vigenti modelli fiscali (per il mod.730 vedere mod.730-3, righi 1, 2, 3, 5, 6, 7,147 e 148; per il modello UNICO vedere i dati riportati nei singoli quadri).
- 4) vanno inclusi anche i redditi assoggettati a ritenuta d'imposta alla fonte o ad imposta sostitutiva (interessi su depositi, su titoli, ecc.) se superiori, complessivamente, ad euro 1.032,91 annui.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DEL CONIUGE O DELLA PARTE UNITA CIVILMENTE
(Compilare e barrare la casella)

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Il/La sottoscritt | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | (cognome e nome) | (codice fiscale) |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| (luogo di nascita) | | (data di nascita) |

consapevole delle sanzioni previste per coloro che rendono attestazioni false,

DICHIARA sotto la propria responsabilità che:

| | | |
|-----------------------|---|--|
| BARRARE CON LA "x" | <input type="checkbox"/> | Per i soggetti indicati nella tabella della composizione del nucleo familiare NON ha richiesto né richiederà altro trattamento di famiglia |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> (data) Firma del coniuge o della parte unita civilmente |

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DEL RICHIEDENTE

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Il/La sottoscritt | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | (cognome e nome) | (codice fiscale) |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| (luogo di nascita) | | (data di nascita) |

Consapevole delle sanzioni previste per coloro che rendono attestazioni false

DICHIARA sotto la propria responsabilità che:

(barrare con la "X")

- 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
- le notizie indicate nel presente modello di domanda sono complete e veritieri;
- si impegna a segnalare le variazioni della situazione dichiarata entro 30 giorni.

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> (data) (Firma del richiedente) |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> (data) (Firma del richiedente) |

N.B.: Le istanze e le dichiarazioni devono essere sottoscritte in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate o inviate unitamente a **copia del documento di riconoscimento e copia del codice fiscale di ciascuno dei sottoscrittori**. Resta ferma la facoltà dell'amministrazione di sottoporre a verifica le notizie indicate nel presente modello di domanda.

