



Alla Sede INAIL di _____

OGGETTO: Dichiarazione di autocertificazione – D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445, art. 46 e s.m.i..

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ ()
(cognome e nome) (luogo di nascita)
 il _____ residente in _____ () Via/P.zza _____ N_____
(data di nascita) (comune di residenza) (prov.) (indirizzo) (civico)
 CAP _____ Codice fiscale _____ Tel. _____
(cod avviamento postale) (codice fiscale) (facoltativo)
 Cell. _____ E-mail _____ PEC _____
(facoltativo) (facoltativo) (facoltativo)

DICHIARA

di essere :

- coniugato/a con dal
- celibe/nubile
- vedovo/a dal
- separato/a da dal¹
- divorziato/a da dal

con obblighi alimentari SI NO

di avere un nucleo familiare composto da:

coniuge

	COGNOME E NOME CODICE FISCALE	LUOGO E DATA DI NASCITA	PROFESSIONE
1			

N ____ figli minori degli anni 18 (legittimi, naturali riconosciuti o riconoscibili, adottivi, affiliati, affidati):

	COGNOME E NOME CODICE FISCALE	LUOGO E DATA DI NASCITA	PROFESSIONE
1			
2			
3			
4			

¹ Indicare la data di omologazione del tribunale se la separazione è consensuale, ovvero la data della sentenza se trattasi di separazione giudiziale.

5			

N ___ figli maggiori degli anni 18, studenti e viventi a carico (si considerano a carico, i figli studenti che percepiscono un reddito mensile non superiore al limite fissato annualmente ai fini dell'erogazione dell'assegno familiare):

COGNOME, NOME E CODICE FISCALE	Data di nascita	Istituto d'istruzione/ Università	Corso frequentato e durata	Anno Scol./ Acc.	Anno prima immatr.	Durata del corso legale
1						
2						
3						
4						

N ___ figli maggiori degli anni 18, totalmente inabili al lavoro:

COGNOME E NOME CODICE FISCALE	Luogo e data di nascita	Inabile al lavoro	
		dal	per (causa)
1			
2			
3			

che il coniuge ed i figli superstiti hanno presentato domanda per ottenere rendite o prestazioni previdenziali (indicare nello spazio sottostante il nominativo del superstite, l'Ente o Istituto destinatario della domanda, il tipo della prestazione richiesta e la data di presentazione della domanda)

Altro _____

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente alla competente Sede INAIL il venir meno anche di una sola delle condizioni cui è subordinato il diritto alle quote integrative per i famigliari a carico.

Allega fotocopia del documento di riconoscimento.

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Io sottoscritto/a dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti attraverso la compilazione del presente modulo saranno trattati dall'INAIL, anche con strumenti elettronici, per scopi strettamente correlati alle proprie funzioni istituzionali, in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dalla legge.

Data _____

Firma _____