



ASSEGNI NUCLEO FAMILIARE

AZIENDE CESSATE – FALLITE – IN CONCORDATO

- Carta d'identità e codice fiscale del richiedente e dei componenti nucleo familiare;
- **Modello SR163** (di seguito allegato) compilato, firmato, timbrato dalla banca/posta;
- Buste paga del periodo ANF richiesto;
- **CUD/730/UNICO** del richiedente ed eventuale coniuge a seconda del periodo richiesto;
 - ANF dal 01/07/2015 al 30/06/2016 : CUD/730/UNICO 2015 – redditi 2014;
 - ANF dal 01/07/2016 al 30/06/2017 : CUD/730/UNICO 2016 – redditi 2015;
 - ANF dal 01/07/2017 al 30/06/2018 : CUD/730/UNICO 2017 – redditi 2016;
 - ANF dal 01/07/2018 al 30/06/2019 : CUD/730/UNICO 2018 – redditi 2017;
 - ANF dal 01/07/2019 al 30/06/2020 : CUD/730/UNICO 2019 – redditi 2018;
 - ANF dal 01/07/2020 al 30/06/2021 : CUD/730/UNICO 2020 – redditi 2019;

Se non si è presentata la dichiarazione dei redditi (modello 730/Unico), ma si è proprietari di immobili, è comunque necessario essere in possesso delle rendite catastali (rogito-visura catastale). Il modello ISEE NON SOSTITUISCE IL CUD/730/UNICO

IN CASO DI DITTA CESSATA

- Dichiarazione di responsabilità del datore di lavoro attestante l'impegno a non conguagliare e a non erogare ANF al dipendente per i periodi per cui viene richiesto il pagamento;
- Dichiarazione di responsabilità del datore di lavoro relativa al tipo di contratto, percentuale del part-time, giorni lavorati, orario effettuato;
- Dichiarazione di responsabilità del datore di lavoro attestante, per il periodo richiesto, la mancata erogazione degli ANF e relativa motivazione e la data di cessazione del rapporto di lavoro;

IN CASO DI DITTA FALLITA

- Dichiarazione del curatore fallimentare attestante gli estremi del fallimento e l'esistenza del rapporto di lavoro da cui si evinca il mancato pagamento degli ANF da parte dell'azienda;
- Eventuale insinuazione al passivo fallimentare;
- Eventuale copia della denuncia all'Ispettorato del Lavoro;
- Dichiarazione del lavoratore resa su **ATTO NOTORIO** (di seguito allegato) attestante l'impegno a non presentare domanda ANF all'azienda per i periodi per cui è stato richiesto il pagamento diretto all'INPS;

www.cgilbrianza.it

LA DOCUMENTAZIONE CONTENUTA NEL PRESENTE ELENCO RIGUARDA LA GENERALITA' DEI CASI.
SITUAZIONI E CASI PARTICOLARI VERRANNO VALUTATI ALLO SPORTELLLO.



il Patronato della CGIL

NOTA BENE: per utenti non iscritti CGIL la pratica è soggetta a contributo ai sensi della convenzione INCA-MLPS del 13.06.2017 e relativo addendum.



01-000-10000

**Dichiarazione sostitutiva di atto notorio - 1/2****D.P.R. 445/2000 art.47**

ALLA SEDE DI

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

CITTADINANZA

RESIDENTE IN PROV. STATO

INDIRIZZO CAP

TELEFONO CELLULARE

E-MAIL

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO NUMERO

RILASCIATO DA IN DATA

DICHIARO DI NON AVER PERCEPITO GLI ANF PER IL PERIODO DAL _____
AL _____ **DALL' AZIENDA** _____
E MI IMPEGNO A NON INSINUARE NEL PASSIVO FALLIMENTARE I CREDITI
PER LA PRESTAZIONE CHE VIENE RICHIESTA CON PAGAMENTO DIRETTO. _____

Data _____ Firma del dichiarante _____

Firma del funzionario _____

DA RICORDARE

Tutta la modulistica è disponibile presso gli uffici Inps, sul sito Internet dell'istituto www.inps.it o presso gli enti di patronato. Ulteriori informazioni possono essere richieste al numero gratuito Inpsinforma 803164.



Dichiarazione sostitutiva di atto notorio - 2/2

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data _____

Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante “Codice in materia di protezione dei dati personali”)

L' Inps con sede in Roma, via Ciro il Grande, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, di scale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano .

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.