



DIREZIONE PROVINCIALE INPS
PRESTAZIONI A SOSTEGNO DEL REDDITO
UFFICIO ASSEGNI AL NUCLEO FAMILIARE

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DELL'ALTRO GENITORE

(da compilarsi solo se convivente o affidatario del/i figlio/i)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A IL _____ A _____

PROVINCIA _____ CODICE FISCALE: _____

RESIDENTE IN VIA _____

CAP _____ CITTA' _____ PROVINCIA _____

DICHIARA

DI NON PERCEPIRE E DI NON AVER RICHiesto ALCUN TRATTAMENTO DI FAMIGLIA,
COMUNQUE DENOMINATO, ITALIANO O ESTERO DAL _____ PER I PROSSIMI
CINQUE ANNI, PER I FIGLI SOTTOELENCATI:

1. COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

2. COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

IN CASO DI RICHIESTA DEL TRATTAMENTO DI FAMIGLIA PER IL PERIODO DI VALIDITA'
DELLA PRESENTE DOMANDA SI IMPEGNA A DARNE IMMEDIATA COMUNICAZIONE:

DATA _____

FIRMA _____

SI ALLEGA ALLA PRESENTE COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI
VALIDITA'

INPS Sede di Genova
Via G.D'Annunzio, 80
16121 Genova
tel 010 5382 1
fax 010 5382464/440