



**SOCIETA' DELLA SALUTE  
della Zona Fiorentina Nord Ovest**

Via Gramsci 561 – Sesto Fiorentino (FI)  
(tel. 055 44981 – fax 055 4498223)

**DOMANDA**

per la richiesta di attribuzione  
**dell'ASSEGNO per IL NUCLEO FAMILIARE**  
( art. 65 Legge n. 448/23-12-1998  
e successive modificazioni).

✓ Al Sindaco del Comune  
di \_\_\_\_\_

✓ Al Direttore della Società della  
Salute Zona Nord-Ovest di  
Sesto Fiorentino

✓ Alla Coordinatrice Territoriale  
dell'Ufficio Amministrativo di  
Sesto Fiorentino

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato-a/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_ )

Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Telefono n. \_\_\_\_\_

**obbligatorio**

**CHIEDE**

L'attribuzione **dell'assegno per il nucleo familiare con almeno tre figli minori**, come previsto dall'art.65 della Legge n.448 del 23-12-1998.

**DICHIARA**

Ai sensi e per effetti dell'art.4 della Legge 4/1/1968 n.15, sotto la propria responsabilità e, a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false di cui all'art.496 c.p. e dell'art. 26 della legge 15/1968 e consapevole del fatto che le dichiarazioni false comportano la decadenza dal beneficio ottenuto

Che nel nucleo familiare sono presenti almeno tre figli minori di 18 anni, come sotto indicato:

1) Nome del primo figlio/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_

2) Nome del secondo figlio/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_

3) Nome del terzo figlio/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_

### ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

- Attestazione ISE/ISEE, in corso di validità e relativo calcolo dell' assegno spettante.
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.
- Documento d'identità valido.

### E COMUNICA

Che il pagamento del contributo deve essere effettuato:

- Tramite assegno circolare non trasferibile intestato a \_\_\_\_\_

- Tramite bonifico: **Coordinate IBAN:**

Cod.Paese\_\_\_\_\_ Check digit\_\_\_\_\_ CIN\_\_\_\_\_ ABI\_\_\_\_\_ CAB\_\_\_\_\_ c.c.\_\_\_\_\_

data\_\_\_\_\_

Il/La dichiarante

-----  
(firma non autenticata, per esteso e leggibile)

### SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

---

In relazione alla presente domanda attesto che:

- Il dichiarante ha sottoscritto in mia presenza;
- Il dichiarante ha trasmesso la domanda per posta, tramite fax, o terza persona, allegando copia del proprio documento di identità.

data-----

Il Ricevente

\_\_\_\_\_

### **LEGENDA**

La presente domanda deve essere sottoscritta in presenza del dipendente addetto, oppure trasmessa per posta o per fax, con allegata la fotocopia di un documento di identità valido, del richiedente. E' inoltre obbligatorio comunicare alla S.d.S. del Polo Territoriale di Via Dante n. 8 a

Sesto Fiorentino, (cap. 50019),opp. Fax 055-4496738, ogni variazione del nucleo familiare successiva alla domanda.