

Modulo autocertificazione rinuncia assegni familiari

Spett. le INPS

Sede di _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Art. 47 D.P.R. 28/12/2000, n. 445

Io sottoscritt... Nome _____

_____ Cognome _____

_____ nat... a _____ il

_____/_____/_____ e residente a _____

prov. _____ in piazza/via _____ n.

DICHIARO

di non percepire e non voler percepire gli assegni familiari a favore di: (indicare i nomi dei figli)

_____ quindi

autorizzo alla richiesta e rinuncia a favore dell'ex coniuge / convivente Nome _____

_____ Cognome _____

_____ nat... a _____

_____ il ____/____/_____ e residente a _____

_____ prov. _____ in piazza/via _____

_____ n. _____

Luogo, li _____ Il/La dichiarante _____

ALLEGATI: Documento di identità del dichiarante.

Autorizzo lo spettabile Istituto Nazionale di Previdenza Sociale al trattamento dei dati personali di cui alla presente dichiarazione in conformità con il Reg. UE n. 679/2016.

Luogo, li _____ Il/La dichiarante _____