

## Allegato A (parte prima)

### Situazione economica del nucleo familiare

|          |   |  |
|----------|---|--|
| <b>A</b> | <b>Situazione Economica</b>   |  |
|          | La situazione economica si ottiene sommando:  |  |
|          | a) tutti i redditi lordi dei diversi componenti il nucleo familiare risultanti dalla dichiarazione dei redditi o, in mancanza dell'obbligo di presentazione, dall'ultimo C.U.D. rilasciato dal datore di lavoro o da enti previdenziali;  |  |
|          | b) redditi soggetti a tassazione separata e quindi non riportati nella dichiarazione ma indicati sul C.U.D.;  |  |
|          | c) redditi da attività finanziarie se superiori a lire 2.000.000 annui lordi;   |  |
|          | <b>Totale punto A</b>   |  |
| <b>B</b> | <b>Situazione Patrimoniale</b>  |  |
|          | La situazione patrimoniale si ottiene sommando il patrimonio immobiliare (b1) e mobiliare (b2):   |  |
|          | <b>B1)</b> Fabbricati e terreni, edificabili ed agricoli, intestati alle persone del nucleo familiare calcolati secondo il valore determinato ai fini ICI al 31 dicembre dell'anno precedente; tale valore va diminuito dell'importo dei mutui residui eventualmente contratti per il loro acquisto. Per l'abitazione principale effettivamente utilizzata dal nucleo come proprio domicilio va calcolato il valore ICI dell'abitazione al netto dell'importo del mutuo residuo e di una franchigia sul valore fino ad un massimo di euro 50.000 (cinquantamila); |  |
|          | <b>B2)</b> La somma del valore di azioni, titoli, partecipazioni in società quotate e non, quote societarie ect. determinato al 31 dicembre dell'anno precedente la richiesta; a tale somma si detrae, fino a concorrenza, una franchigia di euro 15.000 (quindicimila).  |  |
|          | <b>Totale punto B</b>   |  |
| <b>C</b> | <b>Totale Attività (Somma del punto A e del 10% del punto B):</b>   |  |
| <b>D</b> | <b>Detrazioni</b>   |  |
|          | Affitto dell'abitazione principale (fino ad euro 1.000 per affitti effettivamente sostenuti)  |  |
|          | Per ciascun figlio inabile con invalidità superiore al 66% euro 1.500   |  |
|          | Per altro componente inabile con invalidità superiore al 66% euro 1.000   |  |
|          | Per ciascun figlio maggiorenne a carico e disoccupato ulteriori euro 500  |  |
|          | Per ciascun figlio minorenni inferiori a tre anni ulteriori euro 500  |  |
|          | Totale delle detrazioni (somma algebrica):  |  |
| <b>E</b> | <b>Valore finale della situazione economica (somma algebrica C – D)</b>   |  |
| <b>F</b> | <b>Indicatore della Situazione Economica Equivalente (E / parametro di equivalenza)</b>   |  |

### Allegato A (parte seconda)

Tabella di EQUIVALENZA (coefficienti da applicare all'importo delle detrazioni in base al numero dei componenti del nucleo familiare desunti dalla certificazione specifica – allegato b).

| Numero Componenti del nucleo | * | Coefficiente di equivalenza |
|------------------------------|---|-----------------------------|
| uno                          |   | parametro 1                 |
| due                          |   | parametro 1,57              |
| tre                          |   | parametro 2,04              |
| quattro                      |   | parametro 2,46              |
| cinque                       |   | parametro 2,85              |
| ogni altro componente        |   | parametro precedente + 0,35 |

\*Indicare il numero dei componenti

**CERTIFICAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE (allegato b)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**  
(Testo Unico sulle certificazioni, d.P.R. 28/12/2002, n. 445)

Il sottoscritto ..... nato a ....., il ..... e residente a ..... in via ..... n. ...., C.A.P. ...., in servizio presso l'Osservatorio di ....., a conoscenza delle sanzioni previste dal codice penale e da altre leggi in materia in caso di dichiarazioni mendaci,

**al fine del riconoscimento di rimborsi spese, sussidi o erogazioni liberali**

**D I C H I A R A**

che il proprio nucleo familiare, compreso il sottoscritto, alla data del 31 dicembre 2001 era composto come segue:

|   | COGNOME NOME | Luogo e data di nascita | Stato civile * | Relazione di parentela** | Orfano/a | Inabile*** |  |
|---|--------------|-------------------------|----------------|--------------------------|----------|------------|--|
| 1 |              |                         |                | Richiedente              |          |            |  |
| 2 |              |                         |                |                          |          |            |  |
| 3 |              |                         |                |                          |          |            |  |
| 4 |              |                         |                |                          |          |            |  |
| 5 |              |                         |                |                          |          |            |  |
| 6 |              |                         |                |                          |          |            |  |
|   |              |                         |                |                          |          |            |  |

\* vedovo/a, divorziato/a, separato/a legalmente, celibe o nubile;

\*\* coniuge, figlio/a, genitore, fratello, sorella, ect.

\*\*\* la persona indicata si trova, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi a proficuo lavoro, ovvero, se minorenne, ha difficoltà persistente a svolgere le funzioni proprie della sua età (in proposito allega in quanto non ancora presentata, la certificazione – o copia autentica – rilasciata dalla U.S.L. o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali)

Data, lì .....

FIRMA

.....

Allegato C

Al Presidente della Commissione  
per l'erogazione degli interventi assistenziali  
per il personale dell'I.N.A.F.  
Viale del Parco Mellini, 84  
00136 ROMA (RM)

OGGETTO: richiesta sussidio e/o rimborso per l'anno 2001

Con riferimento al vigente regolamento per l'erogazione degli interventi assistenziali per il personale dell'I.N.A.F. si richiede:

l'erogazione di sussidio non soggetto a tassazione ai sensi dell'art. 4 del regolamento per:

- matrimonio (art. 1, lett. a) avvenuto in data .....
- nascita (art. 1, lett. b) del figlio/a ..... avvenuta in data .....
- decesso (art. 1, lett. c) del familiare ..... avvenuto in data .....

l'erogazione di rimborso spese per:

- matrimonio e/o nascita del figlio/a ..... (art. 5) avvenuta il ..... a fronte di spese documentate per euro .....
- decesso del familiare ..... (art. 6) avvenuto il ..... a fronte di spese documentate per euro .....
- spese mediche, oculistiche, odontoiatriche riferite a .....(art. 8) a fronte di spese documentate per euro .....
- spese impreviste per gravi motivi (art. 9) a fronte di spese documentate per euro .....
- spese per furti o scippi subiti dal dipendente o dal familiare (art. 10) a fronte di spese documentate per euro .....

l'erogazione di sussidio per bisogno generico (art. 11) a fronte della situazione rappresentata in seguito;

l'erogazione di rimborso per spese di trasporto (art. 12) a fronte della spesa relativa all'abbonamento al pubblico trasporto riportato in seguito.

Di seguito si riporta il dettaglio dei documenti allegati riferiti agli eventi ed alle spese di cui si chiede il rimborso:

certificato in originale/copia conforme/autocertificazione/dichiarazione sostitutiva relativamente a:

- 1) .....

- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....

(es. certificato di nascita rilasciato in data xxxxxxxxx dal comune di xxxxxxxxx )

Fattura/ricevuta fiscale/bollettino di conto corrente postale/operazione bancaria relativamente a:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....
- 6) .....
- 7) .....
- 8) .....
- 9) .....
- 10) .....

(es. ricevuta fiscale rilasciata in data xxxxxxxxx da xxxxxxxxx per euro xxxxxxxxxxxxxx)

Spazio per note, per autocertificare il legame di parentela, di affinità o lo stato di convivenza o per indicare altra documentazione utile:

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Si dichiara che a fronte delle spese indicate non sono stati percepiti rimborsi spese di alcun genere (oppure nel caso positivo vanno indicati la tipologia e la percentuale di rimborsi spese ricevuti).

Luogo ..... data .....

In Fede  
(FIRMA)