

AUTOCERTIFICAZIONE  
RINUNCIA ASSEGNI FAMILIARI  
(CONVIVENTE)

Area Gestione Risorse Umane ASL BA  
Ufficio Stipendi

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità di rinunciare alla richiesta di assegni familiari per il  
proprio figlio \_\_\_\_\_

per il periodo dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ in quanto verranno

richiesti dal Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ dipendente

della ASL BA in servizio presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

Allega fotocopia documento