

AUTOCERTIFICAZIONE
RINUNCIA ASSEGNI FAMILIARI
(CONIUGE SEPARATO/DIVORZIATO)

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