

## DOMANDA DI ESTENSIONE DELL'ASSISTENZA ASSIDA PER FIGLI ULTRA26ENNI

**Io sottoscritto/a**

\_\_\_\_\_   
 cognome e nome

**richiedo, in favore di mio/a figlio/a**

\_\_\_\_\_   
 cognome e nome

che l'assistenza ASSIDA sia estesa, con decorrenza dal 26° compleanno del medesimo/a, e cioè dal \_\_\_\_\_, sino al compimento del 30° anno o al venir meno delle condizioni per fruire dell'assistenza.

Dichiaro – sotto la mia responsabilità – che

1. non è coniugato/a, è senza occupazione e non percepisce redditi superiori al limite previsto dalla normativa in materia di assegni familiari;
2. mi impegno a notificare tempestivamente all'ASSIDA ogni futura eventuale variazione delle condizioni di cui sopra e a produrre la documentazione eventualmente richiesta dalla Segreteria in sede di verifica;
3. accetto, avendone preso visione, la Regolamentazione ASSIDA in materia di assistenza per i figli ultra26enni.

Data e firma

\_\_\_\_\_