

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

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**FA ISTANZA PER OTTENERE LA CONCESSIONE DI**

**ASSEGNO DI MATERNITA'**

(art. 66 L. 23.12.1998 n. 448 e successive modifiche, Decreto 25.05.2001 n. 337 e Decreto 18.01.2002 n. 34)

**ASSEGNO PER NUCLEO FAMILIARE (n. \_\_\_\_\_ figli minori presenti nel nucleo)**

(art. 65 L. 23.12.1998 n. 448 e successive modifiche, Decreto 25.05.2001 n. 337 e Decreto 18.01.2002 n. 34)

A tal proposito dichiara:

- Che il giorno dal quale si è verificato il requisito per il quale chiede l'assegno è il \_\_\_\_\_ (data nascita figlio);
- Che si impegna a comunicare tempestivamente al Comune ogni evento che determini la variazione del nucleo familiare;
- Che l'eventuale erogazione dell'assegno dovrà avvenire a mezzo accredito sul seguente conto corrente bancario/postale (IBAN):

SIGLA NAZIONE	CIN EU	COD CIN	CODICE ABI	CODICE CAB	NUMERO CONTO CORRENTE

Di  **essere**  **non essere** beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro Ente Previdenziale per lo stesso evento; (se si è beneficiari, indicare l'importo percepito: € \_\_\_\_\_);

Allega alla presente dichiarazione:

- Attestazione I.S.E.E;
- Dichiarazione sostitutiva unica (D.S.U.)
- Copia fotostatica documento d'identità in corso di validità del richiedente;
- Per i cittadini non italiani copia fotostatica permesso di soggiorno.

Dichiara inoltre di:

- aver acquisito nota informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e di autorizzare il trattamento dei dati personali secondo quanto indicato nel T.U. sulla privacy approvato con D. Lgs. 196/2003;
- essere consapevole delle sanzioni previste dalla normativa in caso di dichiarazioni mendaci o reticenti, di formazione o uso di fatti falsi ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445.

Foglianise, lì \_\_\_\_\_

Firma