

MODULO RICHIESTA

- ASSEGNO DI MATERNITA'
 ASSEGNO NUCLEO FAMILIARE

Spett.le Comune di
CAMPO SAN MARTINO (PD)

Il sottoscritt _____ nato/a a _____
il ____ / ____ / _____, codice fiscale _____ residente a _____
_____ in Via/Piazza _____ n° _____
telefono _____

fa istanza per ottenere la concessione di

- ASSEGNO DI MATERNITA'**
(art. 66 L. 23.12.98 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. 23.12.98 n. 448 e successive modifiche, Decreto 25.05.2001 n. 337 e Decreto 18.01.2002 n. 34)

A tale proposito dichiara:

- che il giorno dal quale si è verificato il requisito per il quale chiede l'assegno è _____ (data nascita figlio/a);
- 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 con le seguenti modalità:
 - a mezzo assegno circolare
 - a mezzo accredito sul conto corrente bancario

BANCA	CODICE IBAN

- (1) di _____ 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 € _____)
(essere - non essere)

Allega alla presente dichiarazione:

- attestazione I.S.E.E.;
- copia fotostatica del documento d'identità in corso di validità del/la richiedente;
- (per cittadini non italiani) copia fotostatica della carta 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 penali previste dalla normativa in caso di dichiarazioni mendaci e reticenti, di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445.

Il, ____ / ____ / _____

_____ firma del/la richiedente