

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI
U.C.M. "Colline del Fiora"
Via Ugolini, 83
58017 PITIGLIANO (GR)

La sottoscritta _____
nata a _____ il _____ cittadina _____
residente nel Comune di _____, Via _____
in qualità di madre di bimbo/a nato/a il _____ a _____
Tel. o Cell. _____

CHIEDE

che le sia concesso l'**ASSEGNO DI MATERNITA'** previsto dall'art. 74 del D.Lgs. 151/2001.

Allega alla presente domanda:

- **Certificato ISEE in corso di validità** (dichiarazione sostitutiva unica relativa alle condizioni economiche del proprio nucleo familiare risultante in anagrafe, rilasciata gratuitamente dai CAAF Sindacali), completo di tutte le pagine con data e firma dove richiesto;
- **Fotocopia del documento di riconoscimento (valido)**;
- **Fotocopia del Codice Fiscale**;
- **Copia del permesso di soggiorno CE (per le richiedenti di cittadinanza extracomunitaria)**;
- **Codice IBAN** _____

Indicazione obbligatoria (per l'accreditamento sul conto corrente bancario o postale)

DICHIARA

- **Di non essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro Ente previdenziale per la stessa nascita**, (L'interessata, nel caso in cui usufruisca di trattamenti previdenziali diversi da quelli previsti dall'art 74 del D. Lgs. 151/2001 potrà richiedere la differenza presentando la certificazione dell'importo fornito dell'Ente Erogante).
- **Dichiara inoltre di impegnarsi a comunicare ogni evento che determini le variazioni del nucleo familiare.**

(la sottoscritta dichiara inoltre di essere informata, che ai sensi del D., Lgs. 30.06.2003 n. 196, i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa).

- **I dati indicati potranno essere oggetto di controlli come previsto dalle normative vigenti.**

Pitigliano lì, _____

(firma leggibile)