

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DELL'ASSEGNO DI MATERNITA'

AI SENSI DELLA LEGGE N.448 DEL 23/12/1998 E ss.mm.ii.

La sottoscritta _____ Nata a _____

Il _____ Residente a _____

Via _____ N _____

CF _____ Cellulare _____

In qualità di:

madre

padre

Tutore con provvedimento n. _____ del
Tribunale di _____

Adottante con provvedimento n. _____ del
Tribunale di _____

Altro (specificare) _____
con provvedimento n. _____
del Tribunale di _____

affidatario/a preadottivo/a
con provvedimento n. _____ del Tribunale di

Della/Del bambina/o (nome cognome) _____
nata o/a _____ il _____

CHIEDE

Di fruire dell'erogazione dell'**ASSEGNO di MATERNITA'** ai sensi della legge n.448 del 23/12/1998 e ss.mm.ii.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt.75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Di non ricevere alcun trattamento economico di maternità:
- Di essere beneficiario/a di trattamento economico di maternità inferiore all'importo dell'assegno e che tale trattamento è erogato da _____ per l'importo di € _____
- Di aver presentato richiesta di prestazione previdenziale o economica di maternità

a _____ e di on aver al momento ricevuto comunicazione in merito al diritto e/o all'ammontare delle prestazioni richieste;

- o Di aver cessato lo svolgimento della prestazione lavorativa in data ____|____|____|
datore di lavoro o lavoratore autonomo _____
qualifica _____

Chiede che, in caso di accoglimento della presente richiesta, il contributo venga accreditato tramite:

accredito sul C/C Bancario

accredito sul C/C Postale

accredito sul Libretto Postale

altro _____

Con le seguenti coordinate bancarie:

Istituto bancario														
Filiale														
COORDINATE (IBAN)														
Id. Paese		Cin	Codice ABI				Codice CAB				Numero conto corrente			
Intestatario conto														

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____ dichiara altresì che il c/c bancario, il libretto postale o il c/c postale è:

intestato a nome del sottoscritto/a

cointestato tra la persona richiedente l'assegno maternità e il sig. (nome e cognome) _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a , ai sensi del Reg. U.E. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega

- Fotocopia di un documento di identità valido;
- Attestazione ISEE;
- Per i cittadini extracomunitari, fotocopia della carta o del permesso di soggiorno in corso di validità
- Copia Iban

Data _____

Firma _____

La domanda deve essere sottoscritta dal richiedente a pena di esclusione dal beneficio
