

Al Comune di Campi Salentina Settore 3 - Ufficio Servizi Sociali Piazza Libertà 27 73012 CAMPI SALENTINA

		EGNO DI MATERN 1998 e successive mo		D Los n	151/2001)	
	ttoscritta	1990 e successive inc		nata a	131/2001	,	
il			C.F.				Residente in questo
Comu	ine in Via			n.	tel.		
In qua	alità di madre di	bambino/a nato/a a			il		
			CHI	EDE			
che gl 151/2		l'Assegno di Maternit	à previsto dall'A	art. 66 L. 4	48/1998 e s	successive modif	fiche Art. 74 D.Lgs.
		e delle sanzioni pensal guiti (ai sensi degli arrt					
			DICH	IARA			
 □ che non beneficia del trattamento previdenziale dell'indennità di maternità; □ che beneficia di trattamento previdenziale o economico di maternità inferiore a quello previsto dalle norme vigenti per la concessione del beneficio, come da dichiarazione del datore di lavoro allegata; 							
	de, inoltre, che i	n caso di accoglimento ancario	della domanda	, il contribu	uto venga e	rogato tramite a	ccredito su:
□ c	conto corrente po	ostale					
☐ 1	ibretto postale						
II C.C	C Bancario o Po	ostale ovvero il librett	o deve essere in	testato all	a richiedeı	nte o cointestato)
CODICE IBAN							
□ F	Fotocopia del do	cumento di identità in	ALL corso di validità		dente;		
	•	E comprensiva di Dici				elativa ai redditi	dell'anno precedente
Luogo	o	Data					
			_			Firma	