AL COMUNE DI
DI CAMPI SALENTINA

Oggetto: **RICHIESTA DELL'ASSEGNO DI MATERNITA'**

La sottoscritta_____

nata a _____ il _____

C.F. _____ residente in questo Comune in

Via _____n._____tel._____

in qualità di madre di bambino/a nato/a a _____ il _____

C H I E D E

che le sia concesso l'assegno di maternità previsto dall'art. 74 del D.lgs n. 151 del 26/03/2001.

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

D I C H I A R A

□ che non beneficia del trattamento previdenziale della 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;

Chiede, inoltre, che il contributo venga erogato tramite accredito su:

□ conto corrente bancario

□ conto corrente postale

□ libretto postale

Il C.C.Bancario o Postale ovvero il libretto deve essere intestato alla richiedente o cointestato

CODICE IBAN

A L L E G A

□ Attestazione ISEE comprensiva di dichiarazione sostitutiva unica e relativa ai redditi dell'anno precedente alla nascita del bambino/a

Campi Salentina _____ FIRMA

_____