

Al Signor Sindaco del Comune di
SANTA NINFA

Ufficio Servizi Scolastici

la sottoscritta _____ nata a _____
il _____ e residente in _____ via _____ n. _____
tel. _____

ritenendo di possedere i requisiti richiesti dall' art.66 legge n.448/98, come successivamente recepito dall'art.74 D.Lgs. n.151/2001

CHIEDE

che le venga riconosciuto l'Assegno per maternità, facendo presente che la composizione del proprio nucleo familiare è la seguente:

Tipo	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale
D			
C			
F			
F			

Totale componenti il nucleo

Per quanto riguarda la situazione reddituale e patrimoniale del nucleo, la stessa risulta dalla :

☐ Allegata copia attestazione ISE – ISEE (redatta ai sensi del D.P.C.M. del 5 dicembre 2013, n. 159)

Dichiara inoltre di non essere beneficiaria, per lo stesso evento, di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro Ente previdenziale.

Per l'eventuale importo spettante chiede la seguente modalità di pagamento:

Bonifico Bancario IBAN: _____

Bonifico Postale IBAN: _____

Libretto Postale IBAN: _____

Santa Ninfa, li _____

Firma _____