AI SERVIZI SOCIALI
DEL COMUNE DI SAVIGNONE
VIA GARIBALDI 2 16010 SAVIGNONE GE

ISTANZA per ASSEGNO di MATERNITA' - ***art.*** *66* ***della Legge N****. 448/98* ***e ss. m. e i.***

La sottoscritta *Cognome* _____ *Nome* _____

data di nascita _____ *luogo di nascita* _____ *cittadinanza* _____

Residente a _____*in* _____n._____

Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Tel. _____ *Indirizzo - mail* _____

C H I E D E

di fruire dell'erogazione dell'Assegno di **MATERNITA'** *ai sensi dell'art.* ***66*** *della Legge n. 448 / 98 e ss. m.e i.*, per la **nascita del figlio** :

Cognome | | *Nome* | | *data di nascita* | |

A tal fine, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle **responsabilità penali** previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché di quanto previsto all'art. 76 del medesimo D.P.R. ossia che qualora dal controllo di quanto dichiarato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

D I C H I A R A

- ❑ di essere casalinga, o disoccupata, o di non aver beneficiato di alcuna forma di tutela economica della maternità dall'INPS o altro Ente previdenziale e/o dal Datore di lavoro;
- ❑ di essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico del seguente ente previdenziale _____ per un importo di euro _____ inferiore all'importo del beneficio di Maternità richiesto (*in allegato n. 5 buste-paga*)*;*

☐ di essere in possesso di una certificazione ISE/ISEE sottoscritta in data | |
calcolata ai sensi del D.Lg.s n.109/1998 e ss.mm.e ii., dalla quale risulta:

- il valore **ISE** relativo ai redditi dell'anno _____ pari a € | | ;
- il valore **ISEE** relativo ai redditi dell'anno _____ pari a € | | ;

La sottoscritta si impegna altresì a comunicare tempestivamente alla SDS ogni evento che determini la variazione del nucleo familiare. La sottoscritta dichiara di essere informata ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e ss.m.e.i. che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

- ❑ Inoltre, allega il **Codice IBAN** intestato alla sottoscritta per la liquidazione del beneficio spettante mediante BONIFICO sul c/c Bancario/Postale.

Savignone, lì _____

FIRMA del richiedente

Allegati N.: ☐ _____

☐ Copia Documento Identità / Carta di Soggiorno (*se privo di CITTADINANZA ITALIANA o appartenente alla CE*)
☐ Copia Documentazione Codice IBAN