

Assegno per maternità

All'Ufficio Servizi sociali del Comune di Somma Vesuviana

La sottoscritta \_\_\_\_\_

Nata il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente in Somma Vesuviana alla Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

In qualità di genit/rice/ore di \_\_\_\_\_

Nat il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Come risulta dall'apposita iscrizione all'anagrafe dei nuovi nati di codesto Comune

### CHIEDE

Che le venga riconosciuto l'assegno per maternità, previsto dall'art. 65 della legge n. 448/98, modificato dall'art. 50 della legge n. 144/99, e disciplinato dal decreto del ministro per la solidarietà sociale n. 306 del 15/07/1999.

Dichiara sotto la propria responsabilità di:

- Non essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro Ente previdenziale
- Aver fatto richiesta per lo stesso evento al \_\_\_\_\_  
In data \_\_\_\_\_
- Di aver percepito per lo stesso evento la somma di EURO \_\_\_\_\_

Per quanto concerne la situazione reddituale e patrimoniale del nucleo familiare, la stessa risulta dalla dichiarazione sostitutiva unica resa ai sensi del D.Lgs. 130/2000.

L'eventuale erogazione dell'assegno dovrà avvenire:

- A mezzo assegno circolare
- A mezzo accredito su conto corrente

Cin	Codice Banca (ABI)	Codice CAB	Conto Corrente Bancario

Allega alla presente:

Copia della dichiarazione sostitutiva unica resa ai sensi del D.Lgs. 109/98 come modificato dal D.Lgs. 130/2000

Firma.....