

CITTÀ DI SAN VITO DEI NORMANNI

(Provincia di Brindisi) Assessorato ai Servizi Sociali VIA DE GASPERI - TEL.0831-955400 FAX 0831-955429

AL COMUNE DI SAN VITO DEI NORMANNI (BR)

DOMANDA ASSEGNO DI MATERNITA'

ART 74 D. Lgs 26/03/2001 n. 151

T1 /1	0 0044	0.00	itta la																						
																				••••			•		
nat	o/a a		• • • • • •					I	Prov.	• • • • •		il	•••••	\			١	••••							
res	idente	e ne	l Com	une di S	San V	ito de	i Nor	manni	i in v	ia/P	iazza						• • • • • • •				n.				
C.F	F. :/	/.	/	//.	/	/	./	//.	/	/.	/	/	/.	/.	/	Te	l	•••••			• • • • • •				
										C	HIE	EDI	E												
suc	cessi	vam inol	ente ch	dall'art. e, in cas	74 de so di a	el D.L. accogl	gs.15 iment	1/200	1.					ito v	enga	a ero		tran	nite:		1998	, art	66,	rece	epito
PA	ESE	ESE CH		CIN		AI	ABI			CAB									CONTO						
	Lot																								
Ļ																									
Intestato al/alla richiedente																									
Istituto di Credito									/)	••••															
		opp	ure si	ii iibret	to pos	staie n		•••••					•••••	•••											
con	sapevo	le d	elle res	domand ponsabili iarazione	ità pen	ali e d	elle sa	nzioni	di cui	i pos	ssono a	andar	e in	contro	in (caso (di nor	ı veri	dici	à del	conte	enuto	della	pre	
										DI	CHI	IAR	A												
	di es	ser	e citta	dino ita	liano	e/o di	uno	stato a	appar	tene	ente a	ll'Ur	nion	e Eu	rope	ea;									
	di essere cittadino straniero in possesso di carta di soggiorno e/o permesso di soggiorno CE per soggiornanti						<u>anti</u>																		
	<u>di lı</u>	ıng	o per	<i>iodo</i> nº	·		1	ilasci	ata da	alla	Ques	tura	di							;					
	di e	sser	e mad	dre di 1	ı°	b	ambi	n	na	ıto/i	il		/		/	201			(i	n ca	so d	i ba	mbir	io/a	/i in
	affic	lame	ento o	in adoz	zione	indica	re la	data d	li enti	rata	nella	fam	igli	a ana	agraf	ica		/	/.);				
	di <u>n</u>	on e	essere	benef	iciaria	a di al	tri tr	attam	enti e	ecor	nomic	ei o j	prev	iden	ziali	di r	natei	nità	a c	arico	dell	'INI	PS o	di a	altro
	Ente	pe	r la st	essa nas	scita;																				
	di 🤦	esse	<u>re</u> be	eneficia	ria	di trat	tameı	nto p	revid	lenz	iale c	eco	onor	nico	di	mate	ernită	àinf	eric	re a	quel	lo p	revi	sto (dalle
	norn	norme vigenti per la concessione del beneficio, come da dichiarazione del datore di lavoro allegata, per cui si chiede																							
	la di	ffer	enza c	di €		•																			

pei	La sottoscritto/a dichiara altresi di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 dei decreto legislativo n. 196/2003, che i dati esonali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale presente dichiarazione viene resa.
	Allego alla presente domanda:
	autocertificazione del valore ISE, ISEE e della scala di equivalenza del nucleo familiare indicati

_	autocertificazione dei valore ISE, ISEE e della scala di equivalenza dei nucleo familiare indicati
	dall'attestazione ISEE in corso di validità;
	fotocopia del documento di identità;
	fotocopia carta di soggiorno della madre o permesso di soggiorno CE, per soggiornanti di lungo periodo;
Da	ta
	Firma leggibile

N.B. Qualora la dichiarazione dovesse essere presentata da incaricato o a mezzo posta, DEVE essere allegata la fotocopia di un documento di indentità del dichiarante.

L'amministrazione si riserva di effettuare dei controlli, anche a campione , sulla veridicità delle dichiarazioni