Castiglion Fiorentino, _____

C.A. Comune di Castiglion Fiorentino
Ufficio Servizi Sociali
P.za Municipio, 12
52043 Castiglion Fiorentino
AREZZO

Oggetto: Richiesta ASSEGNO MATERNITA'

Con la presente, la sottoscritta _____ nata il _____ in _____ e residente in Castiglion Fiorentino _____ chiede la concessione dell'assegno in oggetto per il/la figlio/a nato/a il _____

In base al D.P.R. n. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere in possesso dei requisiti richiesti dalla legge ai fini della concessione dell'assegno (residenza, cittadinanza);
- di non avere diritto, per il medesimo evento, a trattamenti economici per la maternità ovvero, nel caso in cui abbia diritto ad una tutela economica per la maternità, la somma complessiva dell'indennità o di altro trattamento economico percepito o spettante, ai fini del calcolo della quota differenziale;
- di non avere presentato, per il medesimo evento, domanda per l'assegno di maternità a carico dello Stato di cui all'art. 75 del D.Lgs. 151/2001 (assegno, questo, istituito dall'art. 49 della Legge n. 488/99).;
- che il valore ISE, in corso di validità, è _____ la scala di equivalenza

  è _____ e il valore ISEE è _____

Comunica, infine, i seguenti ulteriori dati:

Recapito telefonico _____

Codice IBAN

I	T																								

In fede