Il/ la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a Saronno in via _____

Tel:_____Cittadinanza:_____

CHIEDE LA CONCESSIONE

☐ **MAT** assegno di maternità con decorrenza dal _____

CHIEDO CHE LO STESSO VENGA ACCREDITATO
(Il c/c bancario / postale deve essere intestato al beneficiario dell'assegno)

☐ sul c/c bancario ☐ sul c/c postale

IBAN

<u>Al fine dell'ottenimento dell' assegno di maternità dichiaro</u>:

- di non essere beneficiaria del trattamento previdenziale dell'indennità di maternità o esserne beneficiaria per un valore inferiore a € 404,40 mensili;
- di non aver presentato domanda per l'assegno di maternità a carico dello Stato ai sensi dell'art 75 del D.Lgs. 151/2001;
- di essere ☐ cittadina italiana ☐ comunitaria ☐ straniera in regola col titolo di soggiorno

<u>Inoltre dichiaro</u>

- che il figlio è nato il _____;
- che al momento della nascita del figlio ero residente nel territorio dello Stato italiano
  si: ☐ no: ☐

Informativa

Gentile Signore/a, ai sensi dell' art. 13 del D.L. 30/06/2003 n° 196 ed in relazione al trattamento dei dati personali che La riguardano desidero informarLa di quanto segue:
- il trattamento dei dati è indispensabile ai fini della concessione degli assegni ai sensi degli artt. 65 e 66 della legge 448/98 e successive modificazioni;
- il trattamento dei dati è realizzato da personale del Comune anche con l'ausilio di mezzi elettronici.

Il Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Saronno – Dirigente Dott. Alessandro Lo Faro

- dichiaro di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Saronno, lì Firma

_____

Allego: ☐ copia I.S.E./I.S.E.E.
☐ copia codice IBAN bancario o postale
☐ copia titolo di soggiorno se cittadina straniera