La sottoscritta _____

Nata a _____ il _____

residente a Saronno in via_____

tel: _____

e-mail _____

cittadinanza_____

CHIEDE LA CONCESSIONE DELL'ASSEGNO DI MATERNITA'

e

CHIEDE 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

Al fine dell'ottenimento dell'assegno di maternità dichiaro:

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

Inoltre dichiaro

- di non essere beneficiaria del trattamento previdenziale dell'indennità di maternità o esserne beneficiaria per un valore inferiore a € 413,10 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

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