

OGGETTO: Art. 66 L. 448/98 e Regolamento attuativo approvato con D.M. Solidarietà Sociale n. 306 del 15 luglio 1999-.

ASSEGNO DI MATERNITA'

La sottoscritta

nata ail

e residente a Foligno in via

codice fiscaletel

Rivolge domanda per accedere al beneficio in oggetto

A norma del D.P.R. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- 1) di non essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale (Inps) o di altro Ente previdenziale per lo stesso evento
- 2) che il giorno dal quale si è verificato il requisito per la concessione del beneficio è
- 3) che si impegna a comunicare al Comune di Foligno – Settore Servizi Sociali e Socio Sanitari ogni variazione anagrafica ed economica che determini l'esclusione del beneficio.

DICHIARA altresì

di essere a conoscenza:

- 1) che l'Ente può effettuare a termini di legge e secondo le forme e le fonti consentite verifiche e controlli sulla validità della presente dichiarazione.

FIRMA

DATA.....

ALLEGATO ALLA DOMANDA ASSEGNO DI MATERNITA' (Art.65 L. 448/98)

La sottoscritta

nata a..... il

CHIEDE

che il contributo di cui all'oggetto eventualmente concesso, venga accreditato su:

LIBRETTO POSTALE

C/C BANCARIO

CODICE IBAN (libretto postale)

CODICE IBAN (banca)

FIRMA

DATA

Allegare:

Fotocopia carta d'identità o permesso di soggiorno CE

Fotocopia ISEE

Fotocopia Codice Iban