

	COMUNE DI CALUSCO D'ADDA Provincia di Bergamo
	<u>SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA</u> Piazza S.Fedele n.1 – 24033 Calusco d'Adda (Bg) Tel. 0354389054 e-mail servizisociali@comune.caluscodadda.bg.it P.Iva 00229710165

DOMANDA DI CONCESSIONE ASSEGNO DI MATERNITA'

La sottoscritta _____ C.F. _____
nata il _____ a _____
residente a Calusco d' Adda in via _____ tel. _____
in qualità di madre del/la bambino/a _____
nato/a il _____

CHIEDE

che le sia concesso l'assegno di maternità previsto dall'art. 66 della Legge n. 448 del 23.12.98 e successive integrazioni.

Dichiara inoltre:

di non essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'Inps o di altro Ente previdenziale per la stessa;

di essere beneficiaria di trattamento previdenziale di maternità inferiore a quello previsto dall'art.66 della Legge 448/98 e successive integrazioni:

- pari a Euro _____

- come da allegata dichiarazione dell'Ente erogatore.

Richiede, inoltre, di poter riscuotere l'eventuale beneficio spettante tramite:

ASSEGNO POSTALE

ACCREDITO IN C/C BANCARIO/POSTALE (intestato alla richiedente)

(COD. IBAN: _____)

Allega alla presente domanda:

- attestazione Isee e dichiarazione sostitutiva unica

- copia carta d'identità / carta di soggiorno

Consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi del Regolamento comunitario 27/04/2016, n.2016/679)

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, che è il titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza.

Calusco d'Adda _____

Firma _____