



# COMUNE DI ISPRA

PROVINCIA DI VARESE



Domanda di

## ASSEGNO PER MATERNITA'

(ai sensi della legge 448/1998 art.66 e successive modificazioni)

AL COMUNE DI ISPRA

La sottoscritta \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

madre del/la bambino/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### CHIEDE

**la concessione dell'assegno di maternità, così come previsto dalla legge 448/1998 e successive modificazioni e integrazioni.**

A tal fine, valendosi delle disposizioni di cui agli artt.46 e 47 del DPR 445/2000 "Testo Unico sulla documentazione amministrativa" e consapevole, in caso di false attestazioni e mendaci dichiarazioni delle sanzioni previste dall'art.76 del DPR 445/2000 e della decadenza dei benefici conseguiti, in base all'art.75 del DPR 445/2000

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità

- a) di essere cittadina italiana;
- b) di essere cittadina dell'Unione Europea;
- c) di essere cittadina extracomunitaria, in possesso di carta di soggiorno per sé e per il/la figlio/a;
- d) di non essere già beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale per la nascita del figlio/a;

- e) di essere già beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale per la nascita del figlio/a, inferiore all'assegno in oggetto e precisamente per l'importo di euro \_\_\_\_\_;
- f) di aver diritto al sopraccitato assegno dal \_\_\_\_\_.

*Ai sensi dell'art.10 della Legge n. 675/1996, dichiara di essere stato informato:*

- a) *sulle finalità di utilizzo e sulle modalità di gestione dei dati conferiti con la presente istanza, i quali saranno oggetto di trattamento da parte del Comune di Ispra secondo la normativa vigente in materia ed esclusivamente utilizzati ai fini dell'attività amministrativa;*
- b) *che il titolare della banca dati è l'Amministrazione Comunale di Ispra, con sede presso il Comune di Ispra – Via Milite Ignoto, 31*

*Firma*

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Comunica di volersi avvalere della seguente modalità di pagamento**

- assegno circolare non trasferibile intestato alla richiedente
- bonifico bancario su C/C \_\_\_\_\_ presso Istituto di Credito \_\_\_\_\_  
coordinate bancarie IBAN: \_\_\_\_\_

ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ CIN \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

*Firma*

\_\_\_\_\_

---

**Sportello Sociale Cittadinanza**

P.za Carlo Locatelli, 73 – 21027 Ispra – VA

Tel: 0332/1793500 0332/1793502 Fax: 0332/780231

mail: [sociale@comune.ispra.va.it](mailto:sociale@comune.ispra.va.it) [ispra@sportellosocialecittadinanza.it](mailto:ispra@sportellosocialecittadinanza.it)

web: [www.sportellosocialecittadinanza.it](http://www.sportellosocialecittadinanza.it) [www.comune.ispra.va.it](http://www.comune.ispra.va.it)