

COMUNE DI NIARDO

PROVINCIA DI BRESCIA

Servizi Sociali

La sottoscritta _____

nata a _____ il _____

residente a Niardo in via _____

telefono _____

indirizzo e-mail _____

ai sensi dell'art. 66 della Legge 23/12/98 n. 448 come modificato dalla Legge del 17/05/99 n. 144

CHIEDE

l'assegno di maternità per il figlio _____ nato il _____

A tal fine:

- allega certificazione rilasciata da _____ relativa a dichiarazione sostitutiva delle condizioni economiche del nucleo familiare presentata in data _____
- dichiara di non essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale
- allega dichiarazione sostitutiva relativa alla somma complessivamente erogata da _____ quale indennità di maternità, per richiedere la quota differenziale
- dichiara di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni evento che determini la variazione del nucleo familiare

Niardo, _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

In applicazione del D.Lgs 196 del 30/06/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) si comunica che:

- 1) I dati richiesti sono necessari a determinare il diritto alla corresponsione dell'assegno per il nucleo familiare*
- 2) Il rifiuto a fornire i dati richiesti ha come conseguenza l'impossibilità ad accedere all'erogazione dell'assegno*
- 3) Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Niardo (BS), Piazzale Donatori di Sangue, 1*

La sottoscritta, in relazione a quanto previsto dal D.Lgs 196 del 30/06/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali), esprime il proprio consenso alla raccolta ed al trattamento dei dati nella presente dichiarazione riportati, entro i limiti e secondo le finalità previste dalla stessa legge.

Niardo, _____

(firma del richiedente)

Coordinate bancarie qualora si desideri l'accredito diretto sul c/c (per gli aventi diritto all'assegno). **NB: la richiedente deve avere la firma sul c/c.**

Codice Nazionale (2 lettere)	Check Digit (2 cifre)	CIN (1 lettera)	A.B.I. (5 CIFRE)	C.A.B. (5 CIFRE)	NUMERO CONTO