ISTANZA DI CONCESSIONE

Assegno Nucleo Familiare / Assegno di Maternità – anno 2017

AL COMUNE DI LEVERANO

<u>UFFICIO SERVIZI SOCIALI</u>

Il Sottoscritto/a nato/a a			
il _	/ codice fiscale		
resid	dente in LEVERANO Via/Piazza	n	
	(<u>NECESSARIO</u>), con		
	chiede la conce	ssione di	
	ASSEGNO AI NUCLEI FAMILIARI NUMEROSI, (almeno tre figli minori) ex art.65 L.23 dicembre 1998, n.448, con decorrenza;		
	ASSEGNO DI MATERNITÀ, ex art.66 L.23		
<u>DICHIARA (solo per maternità)</u> (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)			
	Di svolgere l'attività di:	(della richiedente);	
	Di essere a conoscenza che la domanda deve data del parto;	essere presentata entro mesi sei (6) dalla	
	maternità a carico dello Stato di cui all'art. 75 del D.Lgs. 151/2001;		
	<u>Di non</u> essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro Ente previdenziale per la stessa nascita;		
	Di percepire un'indennità mensile corrisposta da altri Enti previdenziali nella misura di €;		
	edo inoltre che, in caso di accoglimento della do redito su:	manda, il contributo venga erogato tramite	
	LIBRETTO POSTALE CON ACCREDDITO;		
П	(intestato al/la richiedente o cointestato) CONTO CORRENTE BANCARIO – POSTALE;		
_	(intestato al/la richiedente o cointestato)	•	
	llega alla presente: otocopia del documento di riconoscimento del ri	chiedente (valido):	
☐ Dichiarazione Sostitutiva Unica;			
	ertificato I.S.E.;		
	opia permesso di Soggiorno di Lungo Periodo;	familiari ganarati):	
	opia sentenza di separazione (per casi di nuclei opia Attestazione codice IBAN;	iaiimiaii sepaiauj,	
Leverano, lì		In Fede	

Per evitare inutili successive convocazioni, si prega di compilare il presente documento coni relativi allegati, con la dovuta completezza