

**Al Comune di
Castelfranco Piandiscò**

Il sottoscritto:

(GENERALITÀ DEL RICHIEDENTE:)

COGNOME														
NOME														
CODICE FISCALE														

(Utilizzare una singola casella per ciascuna lettera o cifra).

RESIDENZA ANAGRAFICA:

VIA/PIAZZA				N.		CAP	
COMUNE						PROV.	
TELEFONO			CELL.				

Fa domanda per ottenere i seguenti interventi:

- Richiesta Assegno ai nuclei familiari con almeno tre figli minori ai sensi dell'art. 65 della L. 23/12/1998 N. 448 per il periodo dal _____ al _____*

Richiesta Assegni di maternità previsti dall'art. 66 della L. 23/12/1998 N. 448 per il figlio _____ nato il ___/___/_____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA, a norma del D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a dichiara:

- di essere in possesso dei requisiti richiesti dalla legge ai fini della concessione dell'assegno
- di non avere diritto, per il medesimo evento, a trattamenti economici per la maternità ovvero, nel caso in cui abbia diritto ad una tutela economica per la maternità, la somma complessiva dell'indennità o di altro trattamento economico percepito o spettante, ai fini del calcolo della quota differenziale
- di non aver presentato, per il medesimo evento, domanda per l'assegno di maternità a carico dello Stato di cui all'art. 75 del D.Lgs. 151/2001

Allego: copia documento d'identità - attestazione ISEE

IBAN _____

Data _____

Firma _____