

Al Comune di  
Castelfranco Piandiscò  
Ufficio S. Sociali

**RICHIESTA ASSEGNO NUCLEO FAMILIARE NUMEROSO E/O ASSEGNO DI MATERNITA'**

Il sottoscritto:

**GENERALITÀ DEL RICHIEDENTE:**

<b>COGNOME</b>	
<b>NOME</b>	
<b>Data e luogo di nascita</b>	
<b>CODICE FISCALE</b>	

**RESIDENZA ANAGRAFICA:**

<b>VIA/PIAZZA</b>		<b>N.</b>		<b>CAP</b>	
<b>COMUNE</b>				<b>PROV.</b>	
<b>Tel./cell.</b>		<b>email</b>			

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 - copia attestazione ISEE e coordinate c/c bancario/postale o libretto postale per l'accredito dell'assegno.

IBAN \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_