

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DELL'ASSEGNO DI MATERNITA'

La sottoscritta (cognome e nome) _____
nata il _____ a _____ prov. _____ Stato _____
codice fiscale _____
residente nel Comune di Cafasse in Via/Piazza _____ n. _____
telefono cellulare _____
Indirizzo email _____

CHIEDE

di fruire dell'erogazione dell'assegno di maternità ai sensi dell'art. 74 del D.Lgs. 26 marzo 2001, n.151 e del D.M. 21-12-2000 n. 452 e successive modificazioni ed integrazioni, per la nascita di:

Cognome _____ Nome _____
data di nascita _____ luogo di nascita _____
codice fiscale _____

A tal fine consapevole che sui dati dichiarati potranno essere effettuati gli opportuni ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/00 e consapevole delle responsabilità penali e delle sanzioni in caso di non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, di dichiarazione mendace o di formazione di atti falsi, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/00, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere cittadina italiana o di uno stato appartenente all'Unione Europea;
- di essere cittadina non comunitaria ed in possesso di carta di soggiorno (allegare documento)
- di essere titolare dello status di rifugiato politico (allegare documento)
- di essere cittadina non comunitaria titolare di permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo (allegare documento)
- di non essere beneficiaria di trattamento previdenziale di maternità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale
- di essere beneficiaria di trattamento previdenziale o economico di maternità corrisposto da _____ nella misura di € _____ come da dichiarazione allegata

