DOMANDA ASSEGNO AL NUCLEO FAMILIARE E ASSEGNO DI MATERNITA'

(Art. 65 L. 23/12/1998 n.448 e successive modificazioni e integrazioni)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. (____) il _____/_____/_____

e residente a BRIGNANO GERA D'ADDA in via _____n._____

tel. _____ mail _____@_____ _____

codice fiscale

CHIEDE

- ○ Che gli/le sia concesso per l'anno _____ **L'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMIGLIARE**
- ○ Che gli/le sia concesso **L'ASSEGNO DI MATERNITA'** per il figlio / la figlia nata il _____/____/_____

Chiede inoltre che il contributo venga erogato tramite:

☐ **Accredito su C/C bancario** ☐ **Accredito su C/C postale** ☐ **Accredito su C/C libretto postale**

PAESE		CIN EUR		CIN	ABI				CAB					CONTO CORRENTE											

DICHIARA

- ○ di essere cittadino/a italiano o di uno Stato appartenente all'Unione Europea;
- ○ di essere cittadino straniero in possesso del seguente titolo di soggiorno _____
- ○ di non beneficiare di alcun trattamento economico per la maternità o di beneficiare di un trattamento economico di importo inferiore a quello dell'assegno (in questo caso l'assegno spetta per la quota differenziale):
- ○ che nel proprio nucleo familiare la presenza di tre figli minori sussiste dal ___/____/_____ al ____/_____/_____

ALLEGA

- ○ FOTOCOPIA ATTESTAZIONE ISEE IN CORSO DI VALIDITA':
- ○ FOTOCOPIA DELLA CARTA D'IDENTITA'

Brignano Gera d'Adda, lì ____/_____/_____

FIRMA

_____