

Mod. Richiesta Assegno Maternità
SETTORE 6 –Sviluppo Economico Politiche Sociali Giovanili e Culturali
Resp.Servizio: Dr. Salvatore Lechiara – Tel.0962/921240-Fax 0962/921366-
lechiarasalvatore@comune.crotone.it

La domanda deve essere presentata entro sei mesi dalla data del parto.

**Al Signor Sindaco del Comune di
CROTONE**

La sottoscritta _____ nata a _____
il _____ e residente nel Comune di Crotone, in via _____
n° _____ in qualità di madre del bambino/a nato/a _____ il _____,

CHIEDE

*che le sia concesso L'ASSEGNO DI MATERNITA' previsto dall'articolo 74 della legge n. 151
del 26.03.2001.*

DICHIARA

- *di non essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale per la stessa nascita.*
- *di essere beneficiaria di trattamenti previdenziali inferiori a quelli previsti dall'articolo 66 della legge n. 448 del 1998, erogati dall'ente _____ per euro _____ mensili (ovvero allega analogo dichiarazione dell'ente erogatore) e che , pertanto, ne chiede la differenza.*
- *di essere a conoscenza che saranno effettuati controlli a campione e controlli mirati, sulla veridicità delle informazioni fornite (art. 4 D.lgs 109/98).*

Allega attestazione ISEE del nucleo familiare.

Autorizza il Comune di Crotone all'uso dei dati personali, indicati nella presente domanda in conformità a quanto previsto dalla legge sulla privacy del D.lgs 196/2003 e successive modificazioni "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

La richiedente

Crotone li _____
