

Oggetto: Richiesta assegno di maternità.

La sottoscritta _____
nata a _____, prov _____ il _____
c.f. _____ residente a _____
in via _____ n _____ tel _____
in qualità di madre del bimbo nato il _____ a _____

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 trattamento previdenziale di maternità inferiore a quello previsto dall'art. 66 della Legge 448 del 23.12.1998 (oppure allegare dichiarazione dell'Ente erogatore)

Allega alla presente domanda la seguente documentazione:

- dichiarazione sostitutiva (DSU)
- attestazione provvisoria
- certificazione delle condizioni economiche del proprio nucleo familiare (ISEE)
- fotocopia documento di identità

CHIEDE

che l'assegno di maternità venga

- accreditato sul c.c. n. _____ intestato a se stessa o contestato a _____

acceso presso _____, agenzia di _____

codice CIN _____, ABI _____ CAB _____

IBAN _____

- erogato mediante assegno circolare al proprio domicilio

ROGNO, lì _____

(firma dichiarante)