

	<b>COMUNE DI CALUSCO D'ADDA</b> Provincia di Bergamo
	<b>Settore Sociale</b> <b>Servizi Sociali e Servizio Istruzione</b> Piazza S.Fedele n.1 – 24033 Calusco d'Adda (Bg) Tel. 0354389054 e-mail serviziociali@comune.caluscodadda.bg.it P.Iva 00229710165

**DOMANDA DI CONCESSIONE ASSEGNO DI MATERNITA'**

La sottoscritta \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nata il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente a Calusco d'Adda in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
in qualità di madre del/la bambino/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che le sia concesso l'assegno di maternità previsto dall'art. 66 della Legge n. 448 del 23.12.98 e successive integrazioni.

Dichiara inoltre:

di non essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'Inps o di altro Ente previdenziale per la stessa;

di essere beneficiaria di trattamento previdenziale di maternità inferiore a quello previsto dall'art. 66 della Legge 448/98 e successive integrazioni:

- pari a Euro \_\_\_\_\_

- come da allegata dichiarazione dell'Ente erogatore.

Richiede, inoltre, di poter riscuotere l'eventuale beneficio spettante tramite:

ASSEGNO POSTALE

ACCREDITO IN C/C BANCARIO/POSTALE (intestato alla richiedente)

(COD. IBAN: \_\_\_\_\_)

Allega alla presente domanda:

- Attestazione Isee e dichiarazione sostitutiva unica

- copia carta d'identità / carta di soggiorno

**Consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi del Regolamento comunitario 27/04/2016, n.2016/679)**

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, che è il titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza.

Calusco d'Adda \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_