

AI COMUNE DI NOALE  
Piazza Castello 18  
30033 NOALE – VE  
Ufficio Servizi Sociali

**Oggetto: RICHIESTA PER LA CONCESSIONE DELL'ASSEGNO DI MATERNITA'**

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_  
Prov. di \_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, residente a  
Noale (Ve), in Via \_\_\_\_\_ -CAP 30033 -Tel: \_\_\_\_\_

CHIEDE che le sia concesso l'assegno di maternità previsto dall'art. 66 della Legge n. 448 del 1998 e successive modificazioni ed integrazioni.

A tal fine

**DICHIARA**

-che durante l'anno 201\_\_ è/sono nato/i

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

-di non essere beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o di altro ente previdenziale per la stessa nascita.

Allega alla presente domanda la dichiarazione sostitutiva delle condizioni economiche del proprio nucleo familiare per la richiesta di prestazioni sociali agevolate.

La sottoscritta chiede che il contributo richiesto Le venga erogato tramite:

assegno

mediante accredito su conto corrente intestato a: \_\_\_\_\_,  
attraverso le seguenti coordinate bancarie:

istituto ..... agenzia/filiale di .....

CODICE IBAN .....

La sottoscritta è consapevole delle responsabilità penali che si assume per eventuali falsità in atti e dichiarazioni non corrispondenti al vero. Dichiaro altresì di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli da parte del Comune per verificare la veridicità di quanto dichiarato.

La sottoscritta acconsente, ai sensi del D.Lgs. n. 196/03, che i dati indicati nella presente domanda vengano usati in conformità a quanto previsto dalla stessa Legge.

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

*n.b.: per ottenere il versamento mediante accredito è essenziale compilare tutti i campi relativi alle coordinate bancarie.*