

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI
DEL COMUNE DI CIVITAVECCHIA
VIA VIA A. DA SANGALLO, 11
(palazzina adiacente Caserma Stegher)
00053 CIVITAVECCHIA

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ Cittadina/o _____
residente nel Comune di **Civitavecchia**, in via _____
in qualità di madre di bambino/a nato/a il _____ a _____
Tel. o Cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

che le sia concesso l'ASSEGNO DI MATERNITA' previsto dall'art. 66 della legge n.448/98.

Allega alla presente domanda:

- **Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) e Attestazione ISEE** relativi alle condizioni economiche del proprio nucleo familiare.
- **fotocopia del documento di identità (valido).**
- **fotocopia del Codice Fiscale.**
- **Copia del permesso di soggiorno C.E. (per le richiedenti di cittadinanza extracomunitaria)**
- **Cod. IBAN: IT LL LLLL LLLL LLLL LLLL LLLL LLL**
indicazione obbligatoria - (il c/c deve essere intestato alla richiedente o cointestato. Riportare il codice in modo chiaro e leggibile. Il Comune non risponde per eventuali errori di compilazione.

DICHIARA

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

(Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, che a sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196, i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa).

- **I dati indicati potranno essere oggetto di controlli come previsto dalle normative vigenti.**

Civitavecchia li, _____

(firma leggibile)